Die Ovariotomieen

in der

Greifswalder geburtshülflich-gynäkologischen Klinik

vom Jahre 1885—1890.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 17. Februar 1891

Mittags 2 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Ernst Klomp

aus Posen.

Opponenten:

Herr Dr. med. Schünemann.
„ cand. med. Kanig.
„ Dr. med. Herrmann.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1891.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0237

Seinen teuren Eltern

zur

Feier der Silbernen Hochzeit

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Ovariotomie, d. h. die Entfernung des zu einer Geschwulst entarteten Ovariums ist eine Operation unseres Jahrhunderts. Man hat die Ovariotomie wohl zu unterscheiden von der Exstirpation normaler Ovarien; „letztere wurde schon im Altertume geübt, und, um es zur Schande der Menschheit zu gestehen, an gesunden Ovarien zur Befriedigung der Launen jener gekrönten Ungeheuer, von denen namentlich das römische Kaisertum eine so reiche Sammlung aufzuweisen hat."

Als im Anfang unseres Jahrhunderts von berühmten Männern die Ovariotomie gemacht wurde, hatten die Ärzte, eine förmliche Phalanx gegen sie bildend, für sie nichts als Tadel und Schimpfnamen. Aber Dank ihrer zähen Ausdauer erfreut sich die Ovariotomie heute der Anerkennung der ärztlichen Welt als eine legitime und zu rechtfertigende Operation. Auch in Laienkreisen muss sie als Wohlthat gepriesen werden; denn die Ovariotomie ist eine Operation, die allerdings zu den grössten chirurgischen Eingriffen gehört, die aber ein sonst unheilbares Leiden vollkommen beseitigt.

Fragen wir uns nun, wann wird die Ovariotomie vorgenommen? so ist die Antwort darauf: bei Geschwülsten des Ovarimus.

Diese Geschwülste lassen sich einteilen in cystische und solide.

Bei der Besprechung der cystischen Neubildungen des

Eierstockes weise ich auf die umfassende Arbeit von Waldeyer, Archiv f. Gyn., Bd. I. S. 252, hin. Nach ihm stellen die Kystome Epithelialgeschwülste dar und zwar geht ihre Bildung von dem eigentlichen Parenchym des Ovariums aus. Die Kystome bilden sich aber nicht aus den fertigen Graaf'schen Follikeln, sondern aus den Drüsenschläuchen. Wichtige Veränderungen dieser einfachen Cysten werden im wesentlichen durch zwei Momente hervorgerufen; durch die weitere Wucherung der Drüsen mit sofortiger cysticher Entartung und durch die Ruptur der Cystenwandungen. Das weitere Wachstum der cystös degenerierendem Drüsen kann nach Waldeyer in doppelter Weise stattfinden. Wuchert das Epithel übermässig, so finden nach aussen hin Ausstülpungen statt; es kommt dann zur Bildung neuer Drüsenschläuche in der Peripherie. Diese Art nennt Waldeyer glanduläres Kystom, kystoma proliferum glandulare. Zum Unterschied von diesem giebt es das Kystoma proliferum papillare; bei letzterem wuchert das Bindegewebe der Wand in stärkerer Weise und es kommt sodann zur Wucherung von Bindegewebsschlingen, die mit Epithel bedeckt sind, also von Papillen in das Innere der Cyste hinein. Ausser diesen beiden Arten von Geschwülsten sind zu unterscheiden die Dermoidcysten. Dieselben sind dadurch charakteristisch, dass ihre Innenflächen zum teil mit einer der äusseren Haut vollständig gleichartigen Bildung ausgekleidet ist. Deshalb ist es auch zu erklären, dass sich in ihnen oft Haare, Knochen und Zähne vorfinden. —

Von den soliden Geschwülsten des Ovariums erwähne ich Fibroide, Carcinome und Sarkome.

Die Symptome, die die Ovarialgeschwülste machen, richten sich nach der Grösse der Neubildungen. Kleine Geschwülste brauchen gar keine Symptome hervorzurufen, bei grösseren finden sich Menstruationsstörungen, Beschwerden und Unbequemlichkeiten im Abdomen, ein Aufgeblähtsein des Leibes, Leibschmerzen, Drängen nach unten, Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Harnverhaltung, Ver-

dauungsstörungen; ferner Beklemmung, Angst, Herzklopfen, Uebelkeit und Erbrechen.

Die Diagnose wird in den meisten Fällen leicht zu stellen sein. Auch hier wieder richtet sich die Entscheidung nach der Grösse der Geschwülste.

Vorkommen kann die Verwechslung mit Cisten im Ligamentum latum, Tumoren der Tube, Fibroiden des Uterus, intraperitonealen Exsudaten.

Die Differentialdiagnose ist ferner sehr schwierig, wenn es sich handelt um ein intraperitoneales im Douglas'schen Raum abgekapseltes Exsudat, Haematocele retrouterina, eingeklemmte Fibroide des Uterus. Bei grösseren Cysten muss man weiterhin die Verwechslung mit abgesackter peritonealer Flüssigkeit, Hydronephrose, mit weichen interstitiellen Fibroiden, mit Extrauterin-Schwangerschaft, Geschwulsten der Leber, der Milz etc. vermeiden.

Ausserdem können noch Complikationen zu Ovarialcysten hinzutreten. Es sind dies Ovarialkystome mit Ascites, mit Schwangerschaft und mit Uterusmyomen.

Hat man ein Ovarialkystom diagnosticiert, so kann man therapeutisch nicht anders eingreifen, als durch die Ovariotomie. Wenn auch einzelne Fälle in der Litteratur bekannt sind, wo man dem Wachstum der Ovarialkystome durch Punktion Einhalt gebot, so sind dies vereinzelte Ausnahmen. Soviel ist sicher, dass man eine Heilung nur durch eine Radikaloperation erzielen kann.

Was die Ausführung der Ovariotomie betrifft, so sei es mir gestattet, die Methode zu beschreiben, wie sie in der Greifswalder geburtshiflich-gynäkologischen Klinik angewendet wird.

Die Patientin erhält vor der Operation Bäder; sodann wird für Darmentleerung gesorgt, womöglich der Darm gasfrei gemacht. Nachdem dann die Kranke auf den Operationstisch gelegt ist, wird sie tief chloroformiert; es wird nachher das Operationsterrain, die Haut des Abdomens, gründlich mit Seife gewaschen und mit Sublimat desinficiert. Vorher werden die Haare bis zur Symphyse rasiert.

Darauf wird ein Schnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse gemacht, die Bauchhöhle eröffnet. Die aus den Muskeln des Abdomens spritzenden Gefässe werden mit Schieberpincetten gefasst und unterbunden.

Nachdem der Peritonealsack eröffnet ist, präsentiert sich der Tumor — die Cyste — in der Wunde. Die Cyste wird entweder mit dem Spencer-Well'schen Troicart angestochen oder mit dem Messer angeschnitten, um die Flüssigkeit aus derselben abzulassen und so ihr Volumen zu verkleinern. Vorkommende Adhäsionen der Cyste mit der Bauchwand, den Därmen oder den Beckenorganen werden gelöst.

Das Ovarialkystom wird hierauf aus der Wunde herausgewälzt entweder mit der Hand oder der Nelaton'schen Zange. Es erscheint dann der Stiel; derselbe wird doppelt unterbunden, die Cyste von ihm getrennt. Nach Unterbindung des Stieles wird derselbe mit dem Pacquelin verschorft und versenkt.

Ev. blutende Gefässe werden unterbunden. Die Bauchhöhle wird einer gründlichen Toilette unterzogen, indem sie mit desinficierten, in Sublimat oder Carbol getränkten Schwämmen, ausgetupft wird.

Nachdem dies alles geschehen, erfolgt der Verschluss der Bauchwunde: Verschluss des Peritoneums durch fortlaufende Catgutnaht, der Bauchdecken durch oberflächliche und tiefgreifende Seidenknopfnähte. Jodoform, Jodoformgaze, Sublimatwatte, Juteverband. Andrücken durch breite Gazebinden.

Es sei mir nun vergönnt, 64 in der Greifswalder geburtshilflich-gynäkologischen Klinik ausgeführte Ovariotomien, deren Veröffentlichung mir durch die Güte des Geh. Medicinal-Rates Herrn Professor Dr. Pernice gestattet ist, folgen zu lassen.

1. Fall.

Sophie Below, 28 Jahr aus Horst. Die Beschwerden der jetzigen Krankheit datiert Patientin seit 3 Jahren, wo

zuerst Unbequemlichkeiten im Abdomen, begleitet mit heftigen Kreuzschmerzen eintraten. Seit 3 Tagen Verschlimmerung.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri. Am 31. März 1885. Operation in der Narkose unter den üblichen Cautelen durch Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice. Bauchschnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse. Eröffnung des Peritoneums. Es präsentiert sich der mit starken Gefässen versehene Tumor in der Schnittwunde. Verkleinerung der Hauptcyste mit dem Spencer-Well'schen Troicart, wodurch eine mit reichlichem, frischen Blut untermischte Flüssigkeit abfloss. Darauf wurden einige kurze Adhäsionsstumpfe gelöst und der Stiel doppelt unterbunden. Der Stiel ging nun nicht, wie vermutet, vom linken, sondern vom rechten Ovarium aus; derselbe war etwas torquiert. Bei der Durschschneidung desselben zeigte es sich, dass die Tube, welche einen Teil des Stieles bildete, von einem frischen Bluterguss ausgedehnt war. Es war überhaupt nicht zweifelhaft, dass die Schmerzen in den letzten Tagen von einer Blutung in die Cyste wahrscheinlich durch die Torsion des Stieles hervorgerufen war. Nachdem letzterer mit dem Pacquelin verschorft, das Bauchfell mit Schwämmen gehörig abgetupft war, wurde die Bauchwunde mit mehreren grossen und kleinen Nähten geschlossen.

Erfolg: Heilung.

2. Fall.

Frau Riek, 42 Jahr aus Schneidemühl.

Nach der 5. (letzten) Geburt hatte P. Schmerzen im Unterleib, Druck und Beklemmung. Nach der Geburt des Kindes wurde der Leib gar nicht dünner; in der rechten Seite bemerkte P. eine Geschwulst, welche sich allmählich auf die linke ausdehnte. Seit Januar 1884 ist der Tumor sehr stark gewachsen.

Diagnose: Rechtsseitige einkammerige Cyste und linksseitige Cyste.

Am 21. April Ovariotomie durch Herrn Geh. Med.-Rat

Dr. Pernice: Schnitt von der Symphyse bis zum Nabel durch die Bauchdecken, wobei es sehr gering blutet und sich herausstellt, dass der Tumor in bedeutendem Grade mit der vorderen Bauchwand verwachsen ist. Adhäsionen gerade vorn derartig fest, organisiert und schwartig, dass sie mit Scalpell und Scheere durchgetrennt werden müssen, während die Adhäsionen nach den Seiten hin sich sehr leicht mit den Fingern lösen liessen. Bei dem Abpräparieren der festen Adhäsionen wurde die linksseitige Cyste angeschnitten und es entleerte sich eine ziemliche Quantität grauschmutziger Flüssigkeit, wovon jedoch nichts in die Bauchhöhle gelangte. Zugleich wurde, um ein Collabieren des umfangreichen Tumors zu erreichen und die Lösung der Verwachsungen zu erleichtern, auch die rechtsseitige grosse Cyste mit dem Spencer-Wells'schen Troicart punktiert, wodurch eine gleichfarbige, ungefähr einen Eimer füllende Flüssigkeit entleert wurde. Nunmehr stellte sich heraus, dass der Tumor ganz dünngestielt vom rechten Ovarium ausging. Der Stiel wurde zuerst in 2 Partien unterbunden, dann noch durch eine Massenligatur, und ohne dass sich irgendwelche Blutung zeigte, versenkt.

Bauchhöhle gereinigt; Bauchnähte wie üblich angelegt ebenso Occlusivverband.

Erfolg: Heilung.

3. Fall.

Frau Hartwig, 42 Jahr, aus Swinemünde.

Letzte Regel Ende Juli 1884. P. glaubte sich schwanger. Zuerst keine Schmerzen, allmählich Ausdehnung des Leibes, so dass sie die Arbeit nicht mehr verrichten konnte. Atemnot.

Diagnose: Rechtsseitige Cyste.

Am 6. Juni 1885 Operation in Narcose durch Herrn Prof. Dr. Pernice. Schnitt vom Nabel bis zur oberen Grenze der Schamhaare. 5 — 6 blutende Gefässe mit Klemmen gefasst. Bei weiterem Vorgehen in die Tiefe gelangt man auf eine glatte Membran, die für das Peritoneum gehalten wurde und demgemäss eingeschnitten

wurde. Diese Annahme erwies sich jedoch als eine falsche; denn es stellte sich heraus, dass die mit der Bauchwand verwachsene Cystenwand angeschnitten war. Deshalb wird letztere von der Bauchwand getrennt, mit dem Sp. W. Troicart punktiert und mittelst Balkenzangen unter allmähliger Lösung hervorgezogen. Dabei stellte sich heraus, dass 2 Cysten verwachsen neben einander lagen. Beim Hervorziehen der linken Cyste kam an der linken Seite eine 2 cm breite, strangartige Adhäsion mit dem Dünndarm zum Vorschein, welche in zwei Partieen unterbunden und durchschnitten wurde. Trotz mehrerer ziemlich fester Adhäsionen, die jedoch ohne besondere Blutung gelöst wurden, gelang es, diese Cyste vollständig zu isolieren bis auf einen ziemlich breiten Stiel, der unten im Becken und an der oberen Kante des ganz nach links verdrängten Uterus fest verwachsen und nicht mehr zu lösen war. An der Aussenseite des Stieles sass die langgezogene Tube mit der Cyste verwachsen. Beim Hervorziehen derselben riss sie an zwei Stellen ein und es trat etwas Inhalt in die Bauchhöhle. Der Rest, welcher sich noch als cystisch degeneriert erwies, wurde mit dem Thermocauter verschorft, wodurch die Blutungen gestillt. Der Stiel dann versenkt.

Bauchhöhle nach besten Kräften desinficiert. Naht. Verband. Dauer der Operation über $1^1/_4$ Stunde.

In der letzten Zeit der Operation collabierte P. stark; Puls kaum zu fühlen. Als sie in das erwärmte Bett gebracht, erholte sie sich leidlich wieder; klein blieb jedoch der Puls immer; Frequenz 120.

7. VI. Kein Schlaf, grosse Mattigkeit. 8. VI. Unter den Erscheinungen des Collaps erfolgt $5^1/_2$ Uhr der Tod.

Section ergab: Lebercarcinom, beginnendes Carcinom des corpus uteri, chronische Peritonitis.

4. Fall.

Frau Blauert, 35 Jahre, aus Horst. 3-mal geboren; seit 3 Jahren Schwellung des Bauches.

Diagnose: Linksseitiger Ovarialtumor.

Am 28. Juni 1885 Ovariotomie: Schnitt vom Nabel bis fast zur Symphyse. Die grosse Cyste wurde mit dem Sp. W. Troicart punktiert und hervorgezogen, bis die 2te links und hinten liegende in die Bauchdeckenöffnung kam; dann wurde letztere angestochen. Nachdem das Cystenconvolut ausserhalb der Bauchdecken gelagert war, sellte es sich heraus, dass es links mit einem verhältnissmässig dünnen Stiel inserierte. Dieser in mehreren Partieen unterbunden, mehrmals umstochen und dann die Cyste abgetragen. Links auf der Cyste lag die Tube verwachsen darauf und unten an einer dritten kleinen Cyste, die am tiefsten ins kleine Becken hineinragte, war das linke Ovarium, welches auf dem Durchschnitt ein frisches corpus luteum zeigte. Reinigung der Bauchhöhle, Verschluss und Verband.

Erfolg: Heilung.

5. Fall.

Frau Frenk, 54 Jahre, aus Gramendorf b. Triebsees. Verheiratet, 8 Kinder. 1881 trat sie in die klimakterischen Jahre. Weihnachten 1884 bemerkte sie kleine Anschwellung des Abdomens. Mit dem Wachsen der Geschwulst steigert sich Beklemmung, Angst und Herzklopfen.

Diagnose: Multilokuläre, rechts- und linksseitige Ovarialcyste.

Am 14. September 1885 Ovariotomie: Üblicher Schnitt. Eröffnung der Bauchhöhle. Die vorliegende Cyste wurde punktiert; es entleerte sich aus derselben eine eiterartige Flüssigkeit (4—5 Liter). Beim Hervorziehen der Cystensäcke erwiesen sie sich als leicht zerreisslich. Es gelang sodann, das Cystenconvolut bis auf den 5 cm breiten Stiel links und eine feste ebenso breite Adhäsion rechts zu isolieren. Auf der rechten Seite der Geschwulstmasse war zudem das grosse Netz strangartig adhärent; dasselbe wurde unterbunden, durchschnitten und versenkt. Es wurde nun zunächst die starke, rechtsseitige Adhäsion in 2 Partieen unterbunden, von der Geschwulst abgetragen,

dann der Rest, welcher ziemlich viel Gefässe enthielt, mehrmals umstochen, mit dem Thermokauter verschorft und versenkt. Auf der linken Seite wird analog verfahren.

Üblicher Verschluss der Bauchhöhle.

Erfolg: Heilung.

6. Fall.

Frau G., 38 Jahr aus Greifswald.

P. hat 13 Geburten überstanden, einmal Zwillingsgeburt. Bei mehreren Geburten traten teils intra, teils post partum grössere Blutungen ein. Seit der letzten Geburt (1880) leidet P. an nervösen Unbequemlichkeiten, die sich im Laufe der Zeit steigerten und die Kranke sehr heruntergebrachten. Von einem Tumor hatte P. nichts gespürt, bis derselbe zufällig bei einer Exploration entdeckt wurde. Im November 1884 trat von neuem Schwangerschaft ein; die Geschwulst trat tiefer herab und da die Frau absolut die Operation verweigerte und die Befürchtung bestand, dass sehr bedeutende Schwierigkeiten bei der Geburt bestehen würden, wurde im 4ten Monate der Schwangerschaft Abort eingeleitet. Nach Ausstossung des Eis erkrankte P. an allen Erscheinungen eines septischen Fiebers, welches in einer Vereiterung der Parotis rechterseits seinen Abschluss fand. Beim Herausdrücken der Placenta glitt plötzlich der Uterus zwischen Symphyse und Geschwulst abwärts und lag seitdem retrovertiert unter dem in die Bauchhöhle hinaufgetriebenen Tumor.

Status praesens: Schwächliche Constitution. P. hat wegen ihrer hysterischen Krämpfe in der letzten Zeit sich sehr an Morphium gewöhnt. Diagnose: Ovarialtumor.

Am 2. November Operation in Narkose. Schnitt von fast unmittelbar unter dem Nabel bis zur oberen Grenze der Schamhaare. Tumor von bläulich weisser Farbe. Keine Adhäsionen. Cyste entleert, vor die Bauchdecken gezogen. Stiel in 2 Partieen unterbunden, durch eine Gesamtligatur gesichert, darauf abgeschnitten und in die Bauchhöhle versenkt. Die Operation wurde nur in geringem Masse er-

schwert durch Vorfallen einzelner Darmschlingen und eines Teiles des Netzes.

Erfolg: Heilung nach 30 Tagen.

7. Fall.

Wilhelmine Bruchwitz, 14 Jahr aus Heinrichswalde.

Seit Frühjahr Abdomen stärker; es wurde aber nicht darauf geachtet. Im September zuweilen Schmerzen in der rechten Seite und seitdem bemerkte sie auch zunehmende Anschwellung ihres Unterleibes.

Diagnose: Rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 13. Dezember 1885 Ovariotomie: In dem Bauchschnitt präsentiert sich ein bläulich-weisser Tumor. Geringe Adhäsionen vorn oben und an den Seiten. Die Cystenwandungen erwiesen sich als sehr leicht zerreisslich. Punktion der Cyste; es zeigen sich mehrere Kystome. Durch Entleerung derselben wurde eine solche Verkleinerung herbeigeführt, dass sich die Cyste mit Nélaton'schen Zangen hervorziehen liess. Stiel sehr gut gebildet. Es wurden Ligaturen angelegt. Stumpf mit dem Thermokauter verschorft und versenkt.

Gründliche Toilette der Bauchhöhle, da es nicht verhütet werden konnte, dass etwas Flüssigkeit in die Höhle hineinfloss. Nach der Naht der übliche Verband.

Erfolg: Heilung.

8. Fall.

Luise Gentzel, 38 Jahr aus Pasewalk.

Unverheiratet (virgo). P. hatte stets einen etwas starken Leib, war aber stets gesund dabei. Seit dem vergangenen Winter Zunahme des Umfanges; Schmerzen in der linken Seite. Abdomen entspricht dem einer Hochschwangeren.

Diagnose: Uniloculäre Cyste.

Am 25. Januar 1886 Ovariotomie: Die Instrumente sind zum ersten Male im Sterilisations-Ofen desinfiziert (175°). — Bauchschnitt; es erscheint eine bläulich-weisse Cyste. Keine Adhäsionen. Cyste gut gestielt. Stilversenkung.

Ublicher Verschluss der Bauchwunde.
Erfolg: Heilung.

9. Fall.

Frau Witte, 35 Jahr aus Strassburg i/U.

Als Kind fortwährend krank. Krämpfe bei der Menstruation. Zuweilen bestand in der Intermenstrualzeit ziemlich starker Weissfluss. Vom 21. Jahr an Schmerzen; Geburt eines toten Kindes nach 6—7 tägigem Kreissen. Michaelis bekam sie heftige Schmerzen im Unterleib, zunächst nur beim Urinlassen; allmählich traten Kreuzschmerzen hinzu. Weihnachten bemerkte sie ein Stärkerwerden des Abdomens; seitdem fortwährend Schmerzen.

Diagnose: Ovarialcyste.

Am 21. Februar 1886 Operation in Narkose: Schnitt in der linea alba von der Symphyse bis links vom Nabel. Vorn adhärenter Tumor; eigentümliche blaurote Farbe; die Geschwulst sah auf den ersten Blick wie bösartig aus. Nach unten hin war das Peritoneum von eigentümlich pilzigem Aussehen und stark verdickt, so dass man ev. die Blase darin vermuten konnte. Nach oben war der Tumor mit dem grossen Netz verwachsen; rechts und links bestanden zahlreiche, zum teil lösliche, zum teil nicht zu lösende Adhäsionen. Bloslegen der linken grösseren Cyste; es entstand eine Öffnung in derselben. Ausfliessen von Flüssigkeit. Von der Innenwand der geplatzten Cyste aus fühlt man eigentümlich verdächtige harte Stellen. Ein Herausholen der Geschwulst war bei der kolossalen Verwachsung nicht möglich und blieb somit nichts anderes übrig, als die geöffnete Cyste einzunähen und die Bauchwunde zu schliessen. Die Cyste wurde drainiert, ausgespült und der übliche Verband angelegt. Die Narkose war recht schlecht, unterbrochen durch häufige Brechbewegungen.

Erfolg: Heilung.

10. Fall.

Emilie Jahn, 18 Jahr, aus Pasewalk.

Im Herbst überstand P. eine Unterleibsentzündung;

nach deren Ablauf sie eine harte Stelle im Leibe und Stärkerwerden desselben bemerkte. Schmerzen in der linken Seite; bei weiterem Wachsen Stuhlverstopfung und Harnbeschwerden.

Diagnose: Ovarialtumor.

Am 1. März 1886 Ovariotomie:

Nach Eröffnung der Peritonealhöhle stellt sich die Cyste in der Bauchwunde ein. Dieselbe wurde angestochen, dann herausgezogen. Unterbindung des Stieles; Stielversenkung. Bauchnaht und Verband.

Erfolg: Heilung.

11. Fall.

Frau Mildebradt, 46 Jahr, aus Dievenow.

Verheirathet, 6 Kinder. Anfang Dezember 1884 Fall vom Boden herab auf den Rücken. 8 Tage lang bettlägerig. Gegen Ende Januar Anschwellen des Unterleibes. Patientin vermutete Gravidität; im Mai 1885 jedoch Menstruation. Gravidität wurde der Kranken allmählich zweifelhaft. Untersuchung ergiebt: Rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 15. März 1886 Laparotomie: Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentiert sich der Tumor; die eingehende Hand konstatiert eine kleine Verwachsung in der linken Seite. Die Cyste wird eingestossen; der Inhalt ist dickflüssig und entleert sich unvollkommen, sodass derselbe mit dem Finger heraus befördert werden musste. Der Tumor wird herausgezogen, der breite und kurze Stiel unterbunden, verschorft und versenkt. Nach Anlegung der Nähte der übliche Verband.

Nach der Operation Befinden gut, etwas erhöhte Temperatur 37,8. 23. III. Grosses Exsudat im Becken 24—26. kein Stuhlgang. Rp. Ol. Ricini; Klystier mit Seifenwasser. Am Kreuzbein Decubitusstelle. 28. III. Rechtsseitige Parotitis. 2. IV. Ödem an beiden Füssen, Abdomen stark aufgetrieben. 4. IV. 39,7. Incision der rechten Parotis, Entleerung einer Menge Eiter. 6. IV. Grosse Schwäche, Sensorium nicht mehr frei, Puls klein und fliegend. Facies hypocratica. Exitus letalis.

Durch die Obduktion werden ausgedehnte Verwachsungen des Darmes festgestellt; chron. Peritonitis mit Fibrinauflagerungen und Exsudat. In der linken regio iliaca findet sich ein grösserer abgekapselter Sack, in dem sich der Stumpf der Geschwulst befindet. Im rectum mehrere Geschwüre, aber auch höher im Dickdarm noch einzelne Geschwüre.

12. Fall.

Frau Dade, 42 Jahr, aus Steinhagen.

Sehr interessant ist es, dass die linea alba deutlich pigmentiert ist und sich Colostrum in den Brüsten befindet. In den Leistenbeugen Geräusch, ähnlich dem Uteringeräusch. Somit deutliche Schwangerschaftszeichen vorhanden. Uterus leer, antevertiert.

Diagnose: Ovarialtumor.

Am 10. Mai 1886 Operation in Narkose: In der üblichen Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln Schnitt. In der Wunde erscheint eine bläuliche Cyste. Dieselbe wird angestochen. Keine Adhäsionen. Stiel breitbasig, wird vermittelst der Peanschen Nadel mit Doppelligatur unterbunden, die Cyste abgetragen. Stielversenkung. Üblicher Verschluss.

Erfolg: Heilung.

13. Fall.

Frau Elbusch, 51 Jahr, aus Greifswald.

Patientin ist kräftig gebaut (250 Pfund), verheiratet, hat 2mal geboren. Nabelbruch von 5 Markstückgrösse.

Diagnose: Ovarialcyste.

Am 23. Mai 1886 Ovariotomie:

Nach Durchtrennung des 3 fingerbreiten Fettpolsters kommt man auf die Fascie, nach dieser auf das praeperitoneale Fettgewebe. Bei Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich zunächst das Netz. Schnitt nach unten verlängert. Mehrere Adhäsionen. Cyste angestochen und entleert. Der Stiel lang und dünn, vielleicht 5—6 mal um seine Axe gedreht. Stiel verschorft und versenkt.

Erfolg: Heilung.

14. Fall.

Frau Anders, 50 Jahr, aus Demmin.

8 Geburten und 3 Aborte. Seit 2 Jahren bemerkte sie, dass der Leib stärker wurde. Beschwerden seit letztem Sommer. Patientin konnte nicht mehr ihrer gewohnten Arbeit nachgehen uud hatte oft mit Anfällen von Peritonitis zu kämpfen.

Diagnose: Ovarialcyste.

Am 30. Mai 1886. Ovariotomie.

Peritoneum wurde eröffnet; es entleerte sich wenig freies Bauchwasser. Auf der oberen Seite Verwachsungen mit dem Netz; dieselben werden unterbunden und abgeschnitten. Sonst nichts weiter von Adhäsionen zu bemerken, sodass die Operation anfangs leicht erschien. Die Cyste wird angestochen und entleert. An der oberen, hinteren Wand zweite Verwachsung mit dem Netz. Weiter nach hinten Tumor mit Mesenterium verwachsen. Derselbe war nicht gestielt, sondern sass vollkommen in dem breiten Mutterbande, wie eine Eichel in der Schale. Oben fehlte nämlich der peritonale Ueberzug, links bis an das S Romanum sich erstreckend, rechts bis an die linke Seite des Uterus. Blutung stark; am stärksten an der Seite des Uterus. 20—25 Umstechungen. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunde. Allgemeinbefinden nicht zufrieden stellend; an der linken Seite Abdomen schmerzhaft; Schlaf unruhig. 4. VI. Allgemeinbefinden recht schlecht. 7. VI. Komatöser Zustand. 10. VI. Exitus letalis.

Sektion: Grauschwarze Verfärbung des Peritoneum; zahlreiche Verwachsungen der Darmschlingen untereinander und mit dem Bauchfell. In der linken regio iliaca ist das Bauchfell bis zur linken Niere sich erstreckend durch ein grosses Blutextravasat vollkommen abgehoben. Also starke Nachblutung. Im Douglas'schen Raum geringe eitrig-fibrinöse Exsudate. Im Darm eine Menge Galle. 4 Gallensteine.

15. Fall.

Frau Daehn, 33 Jahr, aus Gartz a. Rügen.

Im Dezember Anschwellen des Leibes; anfangs keine Beschwerden; später stellten sich dieselben ein: erschwerter Stuhlgang, Schmerzen in der linken Seite. Anschwellung des Abdomens hatte schon einen erheblichen Grad erreicht.

Diagnose: Doppelseitiger Ovarialtumor.

Am 10. September 1886. Operation in Narkose:

Nach Eröffnung des Peritoneums fliesst eine Menge freies Bauchwasser ab. Wenig feste Adhäsionen an der unteren Cyste. Dieselbe wurde angestochen und entleert. Beim Hervorziehen der unteren Cystenwand erscheint der obere Teil der ganzen Geschwulst durch eine Furche getrennt. Dieselbe wird mit dem Messer angeschnitten; es quillt eine ganz wenig dicke schmierige Masse heraus. Es gelang sodann, den Tumor aus der Wunde herauszuwälzen. Auf der hinteren Seite das Netz adhärent. Der Stiel war kurz; an demselben befand sich die kolossal ausgedehnte linke Tube. Stiel unterbunden, verschorft. Der zurückgebliebene Rest von der Cystenwand wurde teilweise noch mit der Scheere abgetrennt; der Stumpf energisch verschorft.

Toilette der Bauchöhle. Üblicher Verschluss.

Erfolg: Heilung.

16. Fall.

Frau Schuft, 46 Jahr, ans Jven. Verheirathet, 7 Kinder, 3 Aborte. Seit Herbst 1885 Anschwellung des Leibes, die im Laufe des Winters stärker wurde. Atembeschwerden, Appetitmangel, Kräfteabnahme.

Diagnose: Uniloculäre Cyste.

Am 20. Sept. 1886 Operation in Narkose: Dieselbe verlief schnell und glatt, Wunde heilt per primam. Entfernung der Nähte nach 8 Tagen.

Erfolg: Heilung.

17. Fall.

Frau Volbeck, 32 Jahr, aus Altenhagen. Im Herbst vorigen Jahres Schwellung des Unterleibes. Präcordialangst, sonst keine Beschwerden.

Diagnose: Rechtsseitige Ovarialgeschwulst. Am 25. October 1886 Ovariotomie; die Geschwulst ist nirgends

adhärent; der Stiel dünn und lang. Derselbe wurde wegen der massenhaften dicken venösen Gefässe zweimal durch eine Massenligatur gesichert und einmal getrennt unterbunden, darauf verschorft und versenkt. Die Narkose war nicht gut, häufige Brechbewegungen.

26./X. Befinden schlecht, Schmerzen im Unterleib; P. wird katheterisiert, 39° Temp., 86 Puls.

2./XI. Schmerzen im rechten Fuss und Unterschenkel; derselbe ist geschwollen und schmerzhaft. Er wird hochgelagert und mit Watte umhüllt, die getränkt ist mit Chloroform. 5,0 Ol-Oliv. 20,0.

Erfolg: Heilung nach 20 Tagen.

18. Fall.

Frl. Minna Ewert, 22 Jahr, aus Ückeritz. Seit Weihnachten 85 Zunahme des Unterleibes.

Diagnose: Linksseitiger Ovarialtumor.

Am 3. November 1886 Ovariotomie: Die Operation verlief glatt und schnell. Es zeigte sich, dass der Tumor aus einer grösseren Menge von grösseren Cysten bestand, die alle einzeln angestochen werden mussten, um den Tumor durch die Wunde hindurchziehen zu können. Der Inhalt der einzelnen Cysten war ein verschiedener. Stiel dünn und lang; derselbe wurde einmal getrennt und dann mit einer Massenligatur unterbunden, verschorft und versenkt.

Erfolg: Heilung.

19. Fall.

Frau Borchert, 42 Jahr, aus Greifswald. 3 Kinder und einmal abortiert. Seit October Schmerzen in der Gegend der falschen Rippen und im Kreuz.

Diagnose: Beweglicher Ovarien-Tumor im Abdomen.

Am 19 November Ovariotomie: Schnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse. Die Geschwulst wurde sofort freigelegt. Tumor wird angestochen mit dem Troicart von Spencer Wells. Aus demselben entleerte sich ein flüssiger, gelblicher Inhalt. Dann wurde die Cyste aus der Bauchwunde herausgezogen. Hierbei zeigte es sich, dass der untere Teil des Tumors mit der hinteren Fläche des

Uterus verwachsen war. Leichte Lösung der Adhäsionen. Stiel dünn; übliche Verschorfung und Versenkung.

Erfolg: Heilung.

20. Fall.

Frau Knaak, 27 Jahr, aus Greifswald. Patientin ist verheiratet, hat 3 Kinder geboren und 2mal abortiert. L. R. vor 8 Wochen. Im August d. J. wurde bei ihr zur Heilung eines Prolapses die Kolporraphia anterior et posterior gemacht. Vor 8 Wochen erkrankte sie an Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Frost und Darmaffektion, so dass die Diagnose auf Typhus abdominalis gestellt wurde. Bald nachher bedeutende Schmerzhaftigkeit des Unterleibes.

Diagnose: linksseitige Ovarialgeschwulst.

Am 15. Dezember 1886 Ovariotomie unter den üblichen Cautelen: Die Geschwulst wird angestochen und ein flüssig, gelb-eitrig aussehender Inhalt entleert. Der Stiel war dünn gedreht, wurde einmal getrennt und dann mit einer Massenligatur unterbunden, verschorft und versenkt.

Erfolg: Heilung nach 15 Tagen.

21. Fall.

Ida Tesch, 20 Jahr, aus Friedland i. Mekl. Ledig; vor $2^1/_4$ Jahren Schmerzen bei der Regel; Stärkerwerden des Abdomens. Damals wurde sie in der hiesigen Klinik punktiert. Im Laufe von 2 Jahren füllte sich die Cyste wieder.

Diagnose: Parovarialcyste.

Am 3. Eebruar 1887 Ovariotomie unter den üblichen antiseptischen Cautelen. Schnitt. Die Cyste wurde mit dem Messer angestochen: es spritzte aus ihr eine ziemlich bedeutende Quantität heller, klarer, seröser Flüssigkeit hervor. Der Stiel, ziemlich breit, wurde angezogen, durchstochen, rechts und links unterbunden und darunter eine Gesamtligatur angebracht. Darauf wurde die Cyste abgetragen. Beim Hervorziehen an der Ligatur schlüpfte links ein ca. $1^1/_2$ cm breites Stück mit einer spritzenden Arterie aus der Ligatur, rechts ein 3 cm breites Stück. Das erstere wurde mittelst Umstechung vernäht; das letztere mittelst

umschlungener Naht. Darauf wurde die Bauchwunde geschlossen und der übliche Verband angelegt.

Erfolg: Heilung.

22. Fall.

Frau Brockmann, 37 Jahr, aus Gützkow.

Schwere und Vollsein im Bauch, Schmerzen im Kreuz und in der Seite, hochgradige Empfindlichkeit der Bauchdecken. Abdomen stark aufgetrieben.

Diagnose: Beweglicher Tumor im Abdomen. Am 18. März 1887 Operation in Narkose.

Bauchschnitt in der gewöhnlichen Weise. Geringe Blutung. Eröffnung des Peritoneums. Ausfluss von sehr viel blutiger Flüssigkeit. Man bemerkte einen kindskopfgrossen Tumor hinter dem Uterus, welcher tief ins Becken reichte. Da derselbe als Carcinom angesehen wurde, nahm man von der Exstirpation Abstand. Verschluss der Bauchhöhle.

Erfolg: Ungeheilt entlassen.

23. Fall.

Wilhelmine Köbsel, 30 Jahr, aus Hagen b./Wollin.

Unverheirathet. Seit 6 Jahren Beschwerden; anfangs schwoll die rechte Seite des Abdomens an, Ziehen daselbst und im Kreuz; ausgesprochenes Beschwerdegefühl links will sie erst seit letzte Ostern bemerkt haben. Müdigkeit in den Beinen.

Diagnose: Linksseitiges Ovarialkystom.

Am 15. Juni Ovariotomie: Schnitt in der linea alba; Incision des Tumors. Es entleert sich eine grosse Quantität grün-grauer Flüssigkeit, mit gelben consistenten Massen, die grosse Aehnlichkeit mit Koth haben. An der Wand des Sackes Flimmerepithelien. In den kleinen Cysten teils wässriger, teils milchiger Inhalt mit kleinen Bröckeln, die aus Cholestearinkrystallen und Fettdetritus bestehen. In der Flüssigkeit sind flimmernde Epithelien vorhanden. Die Wand der kleinen Cyste stellenweise verdickt. Nach gehöriger Entleerung wird der Tumor herausgewälzt, der

ziemlich breite Stiel abgebunden, verschorft und versenkt. Erfolg: Heilung:

24. Fall.

Pauline Thurke, 35 Jahr, aus Gützkow.

Unverheiratet. Seit Ostern vorigen Jahres hat P. Beschwerden im Magen, Ziehen, Druck, Klopfen daselbst etc. Die Kranke zeigt Anzeichen von Hysterie: Jammern, Wimmern, Kopfschmerzen etc.

Diagnose: Ovarialtumor, links.

Am 29. Juni 87 Operation. In guter Narkose wird ein Schnitt in der linea alba des gründlich desinficierten Bauches geführt. Eröffnung des Peritoneums. Vordringende Därme werden durch grosse, desinficierte Tücher zurückgedrängt. Die eingeführte Hand kann dann den Tumor, der sich als eine Cyste herausstellt, intakt nicht in die Bauchwunde befördern; derselbe wird incidiert. Es ergiesst sich eine Flüssigkeit, die anfangs ganz klar, gegen Ende jedoch dunkel, grau-grün verfärbt war. Nach Entleerung ihres Inhaltes wird die Cyste mit Balkenzangen hervorgezogen. An ihrem medialen Ende befand sich der ziemlich normale, ein ganz klein wenig vergrösserte linke Eierstock, vor ihr das Tubenende mit einem längeren Stück der Tube. Alles wird in einen Stiel zusammengefasst, derselbe umstochen, durch eine weitere Ligatur gesichert und darauf von seinen Anhängseln getrennt. In ähnlicher Weise wird auch das rechte Ovarium entfernt. Schluss der Bauchhöhle; Wickelverband.

Erfolg: Heilung.

25. Fall.

Frau Ohl, 24 Jahr, aus Gross-Schönwalde.

Seit Anfang Mai verheiratet. Graviditas im 3. Monat. Vor Jahresfrist Druck in der linken Seite; Zunahme des Abdomens.

Diagnose: linker Ovarialtumor.

Am 20. Juli Ovariotomie: Eröffnung des Peritoneums auf der Hohlsonde. Unterbrechung der Operation durch schlechte Narkose, häufiges Erbrechen. Sobald das Peri-

toneum eröffnet, drängt sich stark das Netz vor, welches sofort reponiert und so beiseite geschoben wird, dass man den Tumor zu Gesicht bekommt. Derselbe drängt sich in die Wunde vor und wird hier incidiert. Entleerung von dickflüssigen, gelben Massen. Der Stiel wird unterbunden und abgeschnürt; derselbe ist ziemlich breit, zeigt aber keine Nachblutung. Versenkung, üblicher Verschluss und Verband.

12 Tage nach der Operation Befinden gut. Plötzliche Temperaturerhöhung, für die kein Grund ausfindig gemacht werden kann. Die Temperatur erreicht 6 Tage nachher 40,5 und hat morgendliche Remissionen bis 39,5, 38,2 aufzuweisen mit entsprechenden abendlichen Steigerungen bis 39,2 und 39,8; sie lässt an eine ev. Typhuserkrankung denken. Dann sinkt sie plötzlich auf ihre Norm zurück 19 Tage nach der Operation. Am 20. Tage wird ein foetus im 3. Monate ausgestossen. Blutung nicht sehr stark.

Erfolg: Heilung.

26. Fall.

Frau Lappe, 27 Jahr, aus Velgast. Seit 14 Tagen bettlägerig, häufig Fieber. Bauch auf Druck empfindlich. Patientin sieht collabiert aus. Kräfte im Abnehmen.

Diagnose: linker fluktuierender Ovarialtumor.

Am 15. August 87 Ovariotomie: Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentiert sich ein fluktuierender Tumor, der wenig beweglich ist und sich aus der Schnittwunde nicht hervordrängen lässt. Man erkennt, dass derselbe intraligmentär gewachsen und offenbar vom linken Ovarium ausgeht. Der Versuch, ihn herauszuschälen, misslingt, da die ihn bedeckenden Membranen, welche fest fixiert und adhärent sind, einreissen. Desgleichen ist derselbe nach links oben, besonders aber rechts, mit dem Omentum durch zahlreiche Adhäsionen verklebt, bei deren versuchter Lösung eine ziemlich starke parenchymatöse Blutung entsteht. Nach links hin gelingt dies aber doch so weit, dass der Dünndarm hervorquillt, der natürlich sofort geschützt und gesichert wird. Die Cyste wird incidiert; es entleert

sich eine grüngelbliche Flüssigkeit von ungeheurer fettiger Beschaffenheit und penetrantem Geruch, daneben ein Klumpen Haare. Die Cyste wird vermittelst Ausspülung, Austupfung von Schwämmen gänzlich geleert und gereinigt. Hierbei löst sich eine fibrinöse Masse von der Grösse eines Hühnereies aus dem Grunde der Cyste, die eine Anzahl Zähne enthält. Die Cystenwände, die sich infolge des Druckes, der durch die Därme ausgeübt wird, aneinanderlegen, werden mit entsprechenden Teilen der Bauchwand vernäht, der Rest der letzteren in der üblichen Weise verschlossen. Offene Wundbehandlung. Tägliche Ausspülung mit Borlösung, Auspuderung der Cyste mit Natr. benzoic. Jodoformgaze, Watte, Heftpflaster.

Erfolg: Heilung nach 52 Tagen.

27. Fall.

Frau Denkert, 30 Jahr, aus Kaseburg.

Verheirathet; 1 Kind (Zange) vor 6 Wochen. Schon vor der Schwangerschaft bemerkte Patientin etwas Abnormes an sich; „während derselben soll der Magen zu hoch gestanden haben". Nach derselben hat er sich in nicht genügender Weise verkleinert. Schmerzen sind nicht vorhanden gewesen.

Diagnose: Ovarialtumor rechts.

Am 22. Sept. 87. Ovariotomie: Schnitt in der linea alba. Eröffnung des Peritoneums. Incision des vorliegenden Tumors. Abfluss einer bedeutenden Flüssigkeitsmenge. Die Cyste wird nach aussen gestülpt. Linksseitig kräftige Adhäsionen, in denen starke Blutgefässe verlaufen. Unterbindung, Durchtrennung mit der Scheere. Geringe Adhäsionen fixieren den Tumor nach oben hin. Dieselben werden gelöst. Der Stiel, ziemlich breit, sitzt rechts fest an der Bauchwand. Er wird doppelt unterbunden und durchtrennt. Zurückgebliebene Reste der Cystenwandung werden mit der Scheere entfernt. Kurz vorher wird die mehrmals gedrehte Tube unterbunden und ebenfalls durchtrennt.

Versenkung des Tumorstieles. Schluss der Bauchwunde nach gründlicher Toilette der Höhle.

Erfolg: Heilung.

28. Fall.

Fräulein Bunge, 43 Jahr, aus Greifswald.

Patientin ist am 13. Januar 1880 wegen linksseitigen Ovarialdermoids schon einmal operirt worden. Sie hat sich später wohl befunden. Vor 2 Jahren blieb die Regel aus, zugleich bemerkte sie ein Stärkerwerden des Leibes. Dabei Appetitlosigkeit, heftige Schmerzen im rechten Bein, welche sich bis ins Kniegelenk erstrecken.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 27. November 87: Ovariotomie: Nach den üblichen Vorbereitungen: Vollbad, Darmentleerung, Säuberung der Bauchhaut mit der Bürste und Seife wird die Laparotomie gemacht. Es lag eine dem Auge zugängliche Cyste vor. Die rechte Tube legte sich als horizontales Band um die rechte Hälfte des Tumors und zahlreiche Stränge und Adhäsionen verbanden denselben mit den Nachbarteilen. Es wurde nun der Peritonealüberzug des Tumors eingeschnitten und nach Abbindung der Tube von letzterem getrennt. Der Tumor dann herausgeschält und aus der Bauchwunde herausgestülpt; die grössere untere Cyste zunächst durch Einstich getrennt. Es floss die typische, fettige, bröklige Masse heraus. Gleichzeitig wurde ein 3 Finger dicker verklebter, etwa 25 cm langer Strang blonder Haare entfernt. Nunmehr wurde die Geschwulst aus der Bauchhöhle herausgewälzt. Der Tumor hatte das Coecum nach hinten dislociert, so dass der proc. vermiformis, noch durch einen Hautwulst von ihm getrennt, seiner hinteren Wand anlag. Schliesslich wurde aus den dem Coecum benachbarten Partieen der breiten Mutterbänder ein Stiel durch Ausziehen gebildet und doppelt nach 2 Seiten hin mit dicker Seide ligiert. Verschluss der Bauchhöhle, nachdem der Stiel reponiert war.

Erfolg: Heilung.

29. Fall.

Friederike Henkel, 64 Jahr, aus Greifswald.

Nie geboren, Hymen intakt. Seit mehreren Jahren klagt Patientin über Druck im Magen und bemerkt, dass sie stärker wird. Seit einem halben Jahr haben sich diese Beschwerden gesteigert. Die Verdauung ist gestört, Atmung behindert und Druckempfindlichkeit des Leibes aufgetreten.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 2. Dezember 87. Ovariotomie: Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums erscheint eine grosse cystische Geschwulst in der Wunde, an deren linken Seite der Uterus mit dem langgezogenen lig. latum fest verwachsen ist. Die vorliegende Cyste, der eine Anzahl kleiner Cysten aufsitzen, wird entleert. Der ziemlich breite Stiel unterbunden, abgetrennt und versenkt. Verschluss der Wunde. Fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums, hierauf Seidenknopfnähte der Bauchdecken in 2 Etagen.

Erfolg: Heilung.

30. Fall.

Emilie Bühl, 23 Jahr, aus Gross-Mantel bei Königsberg N.-M.

Seit September Schwellung des Leibes. Atembeschwerden, stechende Schmerzen beim Gehen.

Diagnose: rechtsseitige Cyste.

Am 7. Dezember 87. Ovariotomie: Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums, unter welchem unmittelbar durch Verwachsung die Cystenwand liegt, entleert sich freies Bauchwasser. Die Cyste ist in der ganzen vorderen Peripherie mit dem Peritoneum parietale verwachsen; die Adhäsionen werden leicht manuell getrennt, das Kystom durch Einstich entleert. Hierauf wird dasselbe herausgewälzt; es steigt eine andere kleine Geschwulst auf. An der ganzen oberen Partie ist das Netz adhärent. Lösung. Stielversenkung.

Erfolg: Heilung.

31. Fall.

Albertine Zager, 20 Jahr, aus Schlawin bei Rügenwalde.

Mit $15^1/_2$ Jahren bemerkte Patientin ein Stärkerwerden des Leibes. 1885 Zunahme derselben.

Diagnose: rechtsseitige Cyste.

Am 15. Januar 1888. Ovariotomie: Schnitt, Bloslegung der Geschwulst bis über den Nabel. Keine Adhäsionen; der Tumor gehört dem rechten Parovarium an; das andere ist gesund. — Hier wurde die Operation durch plötzliche Chloroformasphyxie infolge zu grosser Menge des Anästheticums unterbrochen auf ca. 15 Min., während welcher Zeit Wiederbelebungsversuche angestellt wurden. — Nachdem Puls und Atmung wiedergekehrt, wird die Cyste angestochen und herausgewälzt. Durchstechung und doppelte Unterbindung des ziemlich dünnen und langen Stieles. Verschluss der Bauchhöhle.

Erfolg: Heilung per primam.

32. Fall.

Friederike Masch, 23 Jahr, aus Helpt. Seit 1885 heftige Schmerzen in der linken Seite und in den Beinen.

Diagnose: linksseitige Ovarialcyste.

Am 29. Januar 1888. Ovariotomie: Schnitt. Die Cyste, durch zahlreiche peritonitische Adhäsionen verwachsen, liegt intraligmentär; der Überzug ist mit der Cystenwand ebenfalls durch alte peritonische Adhäsionen verklebt. Dieselben erschweren die Ausschälung der Geschwulst ungemein. Incision; Inhalt: gelblich klare Flüssigkeit. Sehr ausgedehnte Morgagnische Hydatide. Verschluss der Wunde. Patientin bekam schon am 2. Tage deutliche Symptome von Peritonitis. Am 4. Tage erfolgte der Exitus.

Sektion ergab: allgemeine adhäsive Peritonitis.

33. Fall.

Frau Jahn, 41 Jahr, aus Freetz (Rügen). Seit 5 Jahren bemerkte Patientin Geschwulst im Abdomen, welche immer grösser wurde. Im Frühjahr wurde die Cyste punk-

tiert, wobei 30 Liter Flüssigkeit entleert wurden. 29. Nov. 2. Punktion. Nach jedesmaliger Entleerung füllt sich die Cyste wieder.

Diagnose: linksseitiges Kystom.

Am 6. Februar 88. Ovariotomie: Nach Eröffnung des Peritoneums Entleerung von freier Bauchflüssigkeit. Die Cyste ist in ihrer ganzen Ausdehnung mit dem stark verdickten Periton. parietale durch dicke und feste Adhäsionen vollständig verklebt. Sie hing mit einem 3 Finger flachen Stiel mit der linken Seite des Uterus zusammen. Entleerung durch Einstich, Ausschälung aus den Adhäsionen, wobei die Cyste mehrfach einriss. Ein Stück der Wand blieb an der unteren Fläche der Leber sitzen und musste hier unterbunden werden. Umstechung und Versenkung des Stieles. Toilette, üblicher Verschluss. Comprimierender Verband.

Erfolg: Heilung.

34. Fall.

Frau Herzberg, 36 Jahr, aus Wiek auf Rügen.

Seit Neujahr Anschwellung des Bauches, die in 8 Wochen allmählich zunahm. Schmerzen in der rechten Seite, sowie Klagen über das Gefühl, als ob der Patientin etwas im Bauche hin- und herfiel.

Diagnose: rechtsseitiger Ovarialtumor.

Am 21. April 88. Ovariotomie: Eröffnung der Abdominalhöhle. Das mit der vorderen Bauchwand verwachsene Netz liegt ausgebreitet wie ein Vorhang zwischen Bauchdecken und Geschwulst. Trennung des Netzes in der Medianlinie. Tumor nur wenig verwachsen, aber mit seinem unteren Zweidrittel vollständig intraligmentär im rechten breiten Mutterband. Rechts ebenso eine Dünndarmschlinge mit ihm verwachsen. Ausschälung des Tumors. Stielversenkung, Verschluss, Verband.

Erfolg: Heilung.

35. Fall.

Frau Kosak, 61 Jahr, aus Friedland.

4 Geburten. Erstes Wochenbett durch Hydrämie, As-

cites compliciert. Vor der Entbindung Punction des Abdomens. Seit 10 Jahren Schmerzen im Bauch. 4 Wochen vor Weihnachten schwoll der Leib an.

Diagnose: linksseitiger Ovarialtumor.

Am 5. April 88 Ovariotomie: Bauchschnitt. Nach der Eröffnung des Peritoneums erscheint eine bläulichrote Geschwulst. Keine Adhäsionen. Der Tumor war gut gestielt an den linksseitigen Uterusanhängen. Leichte Entfernung.

Erfolg: Heilung.

36. Fall.

Fräulein Schmuchel, 55 Jahr, aus Gülzow.

Geschwulst im Abdomen, welche bei Anstrengungen Beschwerden macht. Gefühl des Vollseins und der Schwere im Leib.

Diagnose: Doppelseitiger Ovarialtumor.

Am 9. Juni 88. Ovariotomie: Bauchschnitt. Es erscheint zuerst der rechte Tumor. Kindskopfgrosse Geschwulst von höckriger Oberfläche. Die Höcker werden von lauter träubchenförmig aneinanderliegenden erbsen- bis wallnussgrossen Cysten mit bernsteingelbem, klarem Inhalt gebildet. Wie Weinbeere, so sitzt Cystchen an Cystchen. Tumor nach hinten bis in den Douglas, ist auf dem Beckenboden fest verwachsen; vorn ist er an der Tube und dem Lig. infundib. pelvicum, sowie dem hinteren Blatt des Lig. latum gestielt, hinten völlig frei. Zusammenhang mit dem Uterus besteht nicht. Der linke Tumor ist ebenso beschaffen. Eine grössere Cyste der rechten Geschwulst wurde entleert, um Raum zu gewinnen, hierauf der Stiel der Geschwulst etagenweise mit Seide unterbunden und der Tumor ohne Schwierigkeit ausgeschält. Dasselbe geschah links.

Erfolg: Heilung.

37. Fall.

Frau G., 58 Jahr, aus Tribsees. Von der chirurgischen Klinik überwiesen; anwesend der Chef derselben Herr Prof. Helferich.

Diagnose: linksseitige Geschwulst.

Am 23. Juni 88 Operation durch Herrn Geh. Med. Rat. Prof. Dr. Pernice:

Schnitt in der linea alba. Nach Durchtrennung des Peritoneums erscheint eine mit gelblichem Inhalt gefüllte Cyste, welche durch Anstechen entleert wird. Loslösung des verwachsenen Tumors, wobei ein Teil der unten sehr weichen Geschwulst einreisst nnd ein Stück derselben myxomatös entartet in der Bauehhöhle liegen bleibt. Derselbe wird nachträglich entfernt. Rechts sitzt der Tumor am Mesenterium des Colon ascendens fest. Starke Blutung. Stark verwachsen war die Geschwulst ferner mit dem linksseitigen Lig. latum. Auch die dortigen Adhäsionsstellen wurden mittelst Catgutsuturen umstochen. Trotz der grossen Blutung war der Puls noch immer leidlich und erholte sich Patientin nach der Operation auffallend schnell. Antiseptischer Verband.

Erfolg: Heilung.

38. Fall.

Frau Buchholz, 45 Jahr, aus Rehwinkel.

Seit Herbst Unbequemlichkeiten, seit März zunehmende Anschwellung des Leibes.

Diagnose: rechtsseitiger Ovarialtumor.

Am 14. Sept. 88. Ovariotomie:

Nach Durchtrennung des Peritoneums gelangt man auf den grossen, prall gefüllten cystischen Tumor, der wiederholt angestochen und seines Inhaltes entleert wird. Hierauf wird er vorgewälzt; der Stiel, breit vom lig. dextrum ausgehend, unterbunden. Schluss der Bauchwunde.

Erfolg: Heilung.

39. Fall.

Alwine Fehlhaber, 46. Jahr, aus Greifswald.

Diagnose: linksseitige Ovarialgeschwulst.

Am 9. Oktober 88 Ovariotomie:

Die vorherige Desinfektion der Instrumente hat insofern eine Änderung erfahren, als dieselben ausser den Messern und Scheeren am Abend vorher eine Stunde in

Aq. destill. gekocht, dann die Nacht hindurch in Alcoh. absol. gelegen hatten und am Morgen in üblicher Weise abgebrannt wurden. Dieser Modus wird von jetzt ab beibehalten. Operation: Nach Durchschneidung des Peritoneums erscheint in der Wunde ein praller, platter Tumor von elastischer Consistenz; die Flüssigkeit aus demselben wird entleert. Die Geschwulst geht vom linken Ovarium aus und enthält neben der grossen Cyste noch einige kleinere. Stiel ziemlich breit; derselbe wird in 2 Partien unterbunden. Verschluss.

Erfolg: Heilung.

40. Fall.

Frau Böhm, 40 Jahr, aus Swinemünde. Schmerzen im Abdomen.

Diagnose: Ovarialcyste.

Am 16. November 88 Ovariotomie:

Schnitt. Der Tumor war nur wenig beweglich, ziemlich breit aufsitzend, mit dem Darm und Netz verbunden. Stumpfe Lösung. Der Stiel wird unterbunden und der T. mit dem Messer abgetragen. Stielversenkung. Die vorgefallenen und in warme Salicyl-Bor Tücher gewickelt gewesenen Daumschlingen werden reponiert. Vernähung. Üblicher Jodeform-Watte-Jute-Oppespionsverband.

Erfolg: Heilung.

41. Fall.

Anna Bening, 24 Jahr, aus Wittstock. Schmerzen im Unterleib, Zunehmen derselben.

Diagnose: linkseitige Ovarialgeschwulst.

Am 3. Dezember 88 Ovariotomie:

Schnitt. Es erscheint ein praller, hellgraublauer Tumor, aus dem sich nach der Incision eine trübe klebrige Flüssigkeit im Strahl entleert. Keine Adhäsionen. Die Geschwulst sitzt breitbasig auf dem Ovarium, der Tube und der linken Ecke der fundus uteri auf. Der Stiel wird unterbunden, abgetrennt u. versenkt.

Erfolg: Heilung.

42. Fall.

Frau Gahl, 33 Jahr, aus Demmin.

Patientin hat noch nie geboren. Vor 5—6 Monaten starke, prickelnde Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, ziehende Schmerzen im Rücken. Im September bemerkte die Kranke in der rechten Unterleibsseite einen Tumor, der stetig an Grösse zunahm. Am 15. November heftige Schmerzanfälle an dieser Stelle, verbunden mit starkem Erbrechen und Durchfall.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 12. Dezember 1888 Ovariotomie:

Schnitt. Es präsentiert sich ein praller, elastischer, bläulich-weisser Tumor, der nach links mit einer Darmschlinge und einem Teil Netz verwachsen ist. Die Verwachsung wird gelöst, der Tumor angestochen; es entleert sich eine bräunlich, fadenziehende Flüssigkeit. Nach unten hin ebenfalls Adhäsionen bis tief in den Douglas. Die Wand reisst beim Fassen mit der Zange fortwährend ein, wobei sich käsige und fettige Massen dauernd entleeren und nach oben verschiedene Darmschlingen dauernd vorfallen. Dieselben werden in warme Salicyl-Bor-Tücher gepackt und darauf der Tumorstumpf zu lösen versucht; da dieselbe sehr schwierig ist, wird das Peritoneum an 2 Stellen durchtrennt und der Tumor herausgeschält. Es wird ein kurzer Stiel an der rechten Kante des Uterus mit der Tube erzielt, durch denselben eine Plan-Nadel mit doppeltem Faden gezogen und nach beiden Seiten unterbunden. Enorme Blutungen. Bauchnaht. Verband.

Als Patientin aus der Narkose erwachte, klagte sie über starken Durst, der beständig zunahm. 38,5 abends, Puls 140, klein. Die Schwäche nahm immer mehr zu, die Kranke sah stark anämisch aus. Schwarzsehen und Collapserscheinungen. Um 1 Uhr Exitus letalis.

43. Fall.

Frau Götz, 38 Jahre, aus Stralsund.

Seit 7 Wochen wechselnde Schmerzen im Unterleibe

und im Kreuz, die beim Atmen besonders stark auftreten.

Diagnose: Ovarialkystom rechts.

Am 11. Januar 1889 Operation in Narkose. Schnitt. Eröffnung des Peritoneums. Es erscheint ein bläulicher Tumor, der sich auf Druck aus der Bauchhöhle hervorwälzen lässt und die Grösse eines Kindskopfes hat. Adhäsionen nicht vorhanden. Unterbindung des Stieles, in dem die rechte Tube verläuft: Abtragung des Tumors. Stielversenkung.

Erfolg: Heilung.

44. Fall.

Frau Schuldt, 36 Jahr, aus Neu-Lendershagen bei Richtenberg.

8 Geb., darunter 3 Querlagen (Wendung). Seit Weihnachten 88 Stuhlbeschwerden. Die Entleerung sehr schmerzhaft und folgt nur nach Abführmitteln. Gefühl von Druck auf den Mastdarm. Seit 2 Jahren bemerkte sie einen kleinen harten Tumor im Unterleib.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste, Tubenschwangerschaft.

Am 27. Januar 89 Operation: Schnitt in der linea alba. Eröffnung der Bauchhöhle. Hierbei entleert sich eine ziemliche Menge alten, schwarzroten Blutes, welches frei in die Bauchhöhle sich ergossen hatte; die Därme zeigen alte peritonitische Auflagerungen. Nach Entfernung des Blutes sieht man den Uterus etwas nach rechts gelagert; die Tube ist stark am abdominalen Ende ausgedehnt und ist hier gut so gross wie ein Hühnerei. Es wird hierdurch das breite Mutterband stark in die Höhe gezogen. Die Tube und das lig. latum werden abgetragen. In der aufgeschnittenen und erweiterten Tube ist eine vollständige Eihöhle, in der sich eine kleine Blutcyste und ein ca. 2 cm langer Embryo frei beweglich vorfindet; um die Eihäute herum haben sich Blutgerinnsel in verschiedener Dicke gelagert. — Nach der Blutstillung traten noch kleine parenchymatöse Blutungen auf. In der rechten Seite eine kindskopfgrosse, dünnwandige Cyste. Ihr mässig breit-

basiger Stiel, in dem die rechte Tube verlief, wird abgetragen. Stielversenkung. Üblicher Verschluss.

Erfolg: Heilung nach 36 Tagen.

45. Fall.

Frau Peters, 53 Jahre, aus Demmin.

Stärkerwerden des Abdomens; beim horizontalen Liegen etw. Atemnot. Druckgefühl im Unterleib.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste. Am 23. Febr. 89 Ovariotomie:

Schnitt. Verwachsungen des Peritoneums mit dem Tumor. Lösung derselben. Nach Entleerung der Cyste ergiebt sich, dass sie vom rechten Ovarium ausgeht, einen ca. 10 cm breiten Stiel hat, in dem das äussere Ende der Tube mit darin sitzt, und an dem unteren Kugelsegment nur mit Peritonealüberzug versehen ist, also nicht in die breiten Mutterbänder hineingewachsen ist, sondern jedenfalls von einem ungewöhnlich breiten Ansatz des Periton. umgeben ist. Stiel wird unterbunden, die Cyste abgetragen. Stielversenkung, Verschluss.

Erfolg: Heilung.

46. Fall.

Frau Steinhorst, 31 Jahre, aus Notzkow.

Schmerzen in der rechten Seite beim Arbeiten, wonach öfters Erbrechen folgt.

Diagnose: rechte Ovarialcyste. Am 1. März 1889 Ovariotomie:

Schnitt. Es präsentiert sich in der Wunde ein kindskopfgrosser, praller Tumor von einer bläulichen Oberfläche. Derselbe wird hervorgewälzt. Der ca. 6 cm breite Stiel hat eine einmalige Umdrehung um seine Axe ausgeführt. Unterbindung. Stielversenkung.

Erfolg: Heilung.

48. Fall.

Frau Schnell, 44 Jahre, aus Stralsund.

Diagnose: Ovarialgeschwulst. Am 4. März 1889. Ovariotomie:

Bauchschnitt. Adhäsionen des Tumors mit dem Uterus.

Die Geschwulst wird ohne Schwierigkeit aus ihrem bindegewebigen Lager gelöst, wobei eine Ruptur der vorderen Wand stattfand und eine dunkle, blutige Flüssigkeit sich entleerte. Lösung von den Uterinwänden. Unterbindung des Stieles. Versenkung. Verband.

Erfolg: Heilung.

48. Fall.

Frau Lewerenz, 23 Jahre, aus Wolgast.

Verheiratet, nie geboren. Seit 1 Jahr Schmerzen in der linken, dann in der rechten Seite. Drang zum Urinieren.

Diagnose: Dermoidcyste, adhärent dem Uterus. Am 28. März 89 Operation:

Bauchschnitt. Eröffnung des Peritoneums, bei welcher sich eine blutig tinguierte Flüssigkeit nach aussen ergiesst. Die eingeführte Hand konstatiert einen feinhöckerigen Tumor, der den ganzen Uterus umwuchert hat, hinten am Kreuzbein und rechts vorn mit der Bauchwand verwachsen ist und die breiten Mutterbänder völlig in sich aufgenommen hat. Das Aussehen der Geschwulst ist ein leicht bläulich-graues, die Oberfläche zeigt dicht nebeneinander sitzende ca. erbsengrosse Erhabenheiten.

Der Tumor wird als bösartiger erkannt und wegen der starken Verwachsungen von einer Entfernung desselben Abstand genommen. Verschluss. Üblicher Verband.

Ungeheilt entlassen.

49. Fall.

Frau Voss, 23 Jahre, aus Klarenwerder.

Verheiratet, 3 Geb. In der letzten Schwangerschaft verspürte Patientin ein Gefühl von Druck und Schwere im Unterleib. Diese Beschwerden steigerten sich am Ende der Gravidität bis zur Unerträglichkeit. Im Wochenbett wurde ein Tumor im Unterleib constatiert.

Diagnose: Rechtsseitiges Ovarialkystom. Am 5. Mai 89 Ovariotomie: Schnitt. Nach Durchtrennung der Fascie erscheint der mit Peritoneum überzogene und mit den Bauchdecken, Därmen und Netze verwachsene Tumor.

Adhäsionen lassen sich leicht lösen. Die Cyste wird vor die Bauchdecken gewälzt; dieselbe hat eine bläulich rote Farbe und die Grösse von 2 Kindsköpfen, ist glatt und zeigt nur geringe Erhabenheiten; beim Abschneiden erweist sie sich als Dermoidcyste mit reichlichem, fettigem Detritus und vielen Haaren. Unterbindung des Stieles und Versenkung. Die mit dem Tumor verklebt gewesenen Därme und Netzpartieen sind ziemlich stark gerötet; ausserdem zeigten sich am Periton. parietal. anstelle der Adhäsionen einige derbe Schwarten.

Erfolg: Heilung.

50. Fall.

Emilie Müller, 26 Jahr aus Peest.

Seit Weihnachten 87 ist die Regel fortgeblieben; darauf trat rasche Schwellung des Leibes ein.

Diagnose: Ovarialkystom.

Am 8. Mai 89. Ovariotomie: Schnitt. Es erscheint eine mannskopfgrosse Cyste; dieselbe geht vom rechten Ovarium aus, hat das ganze lig. latum in die Höhe gedrängt und ist ins Mesenterium hineingewachsen, weswegen sie eine sehr breite Basis aufweist. Unterbindung des Stieles. Lösung der Adhäsionen. Stielversenkung. Nach gründlicher Reinigung der Bauchhöhle mit Stielschwämmen und Entfernung des letzten Cysteninhaltes aus ihr wird die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

51. Fall.

Anna Lück, 26 Jahr aus Demmin.

Ledig. Schon seit Kindheit aufgetriebenes Abdomen. Es stellten sich anfangs April plötzlich heftige, schneidende Schmerzen in der linken Seite ein, dann folgten Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, heftiges Erbrechen.

Diagnose: linksseitige Ovarialcyste.

Am 17. Juli 89 Ovariotomie: Bauchschnitt. Eröffnung des Peritonealsackes, wobei sich aus der Bauchhöhle eine geringe Quantität serosanguinolenter Flüssigkeit ergiesst.

Die Geschwulst ist durch lockere Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Oberfläche glatt. Farbe blaurot. Herauslösung des Tumors. Stiel daumdick. Unterbindung und Versenkung. Verband.

Erfolg: Heilung.

52. Fall.

Frau Prützmann, 56 Jahr aus Zingst.

Klimakterium trat im 50. Jahre ein. Blutung seit 26. Juli ziemlich reichlich, ohne Schmerzen. Geschwulst im Abdomen.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 3. August 89. Ovariotomie: Schnitt in der linea alba. Es erscheint ein leicht bläulicher, glatter Tumor, der nirgends adhärent ist. Einstich, Abfluss von Flüssigkeit. Darauf wird die erschlaffte Cyste hervorgezogen, der Stiel doppelt unterbunden und abgeschnitten, versenkt. Die in die Bauchhöhle eingeführte Hand fühlt den vergrösserten Uterus, der sich leidlich gut bewegen lässt. Es wird auf die Entfernung desselben jetzt verzichtet und die vaginale Totalexstirpation ins Auge gefasst, falls die noch unsichere Diagnose auf Corpus carcinom sich bewahrheiten sollte. Verschluss. Occlusivverband.

Erfolg: Heilung.

53. Fall.

Frau Beyer, 47 Jahr aus Wotenick.

Seit $^1/_2$ Jahr Druckgefühl im Unterleibe, heftige Schmerzen beim Stuhlgang und das Gefühl eines Hindernisses im Mastdarm, welche Beschwerden sich allmählich steigerten.

Diagnose: Doppelseitiger Ovarialtumor. Carcinom?

Am 20. August 89. Probelaparotomie: Schnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, dass auf den vorfallenden Därmen rötlich gefärbte, alte peritonitische Auflagerungen sich befinden. Der rechte Tumor von harter Beschaffenheit und hökeriger Oberfläche; er sitzt breitbasig

im Becken fest und erstreckt sich unbeweglich bis in den Douglas'schen Raum. Der linke Tumor hat eine mehr glatte Oberfläche, fühlt sich nach unten etwas fluktuierend an, sitzt jedoch ebenfalls breitbasig fest. Es werden die Geschwülste als bösartig erkannt und wegen ihrer gefährlichen Sitze auf eine operative Entfernung verzichtet. Verschluss. Wundverlauf gut und normal.

Erfolg: Gebessert entlassen.

54. Fall.

Frau Mittendorf, 61 Jahr aus Keuzlin.

Diagnose: mutiloculäre Ovarialcyste.

Am 9. September 89. Ovariotomie: Die Narkose muss sehr sorgfältig überwacht und ausgeführt werden, da Patientin eine Mitralinsufficienz hat; sie verlief jedoch ohne Störung.

Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich ein bläulich-weisser Tumor von unregelmässiger Oberfläche, der nach links durch feste Stränge mit dem Periton. parietale verwachsen ist, ebenso nach rechts unten. Derselbe wird vor die Bauchdecken gewälzt; er zeigt oben und hinten viele kleine Cystchen. Die Geschwulst geht vom rechten Ovarium aus; es werden daher die rechtsseitigen Verwachsungen unterbunden und abgetrennt, dann das Kystom partiell aus dem Peritonealsacke herausgeschält, eine grössere Cyste, die nach links ins kleine Becken hineinragt, punktiert und entleert und darauf der jetzt leicht zu umfassende Stiel doppelt unterbunden und durchschnitten (das ungeheure Kystom wiegt jetzt noch 7075 gr). Verschluss.

Erfolg: Heilung.

55. Fall.

Frau Borsdorff, 27 Jahr aus Greifswald.

Seit 5 Jahren Beschwerden beim Urinlassen, Kreuzschmerzen und Druck beim Stuhlgang.

Diagnose: linksseitiger Ovarialtumor.

Am 23. October 89. Ovariotomie: Schnitt. Der ein-

gehende Finger fühlt links eine pralle Cyste, auf der an der Innenseite das Ovarium fühlbar ist. Die Cyste ist kindskopfgross, hängt mit geringen Adhäsionen fest; sie sitzt an einem fingerdicken Stiel. Derselbe wird durchschnitten, vorher unterbunden, die Cyste entleert. Verschluss.

Erfolg: Heilung.

56. Fall.

Frau Böhl, 55 Jahr aus Garz a/Rügen.

Die Geschwulst im Abdomen bemerkte Patientin seit Wegbleiben der Regel; in den letzten 4 Jahren hat dieselbe langsam zugenommen.

Diagnose: rechtsseitiger Ovarialtumor.

Am 30. October 89 Ovariotomie.

Schnitt. Beim Eingehen mit dem Finger ergiebt sich, dass die Cyste zwar frei von Adhäsionen ist, so dass man den oberen Teil derselben mit Cystenzangen aus der Wunde hervorziehen kann, aber nicht gestielt, sondern breitbasig dem Beckenbindegewebe ansitzt; die Basis hat oben die Grösse zweier Handteller. An der linken Seite der Cyste, welche ungefähr jetzt nach Abfluss des Inhaltes der Medianlinie des Beckens entspricht, fühlt man in der Wand einen 2 Finger dicken, fleischigen Strang sich in die Höhe ziehen; derselbe ist wahrscheinlich der sehr schlaffe elongierte und, weil sich die Cyste intraligmentär entwickelt, eng mit der Cystenwand zusammenhängende Uterus. Nach rechts aussen liegt der Cystenwand der Proc. vermiformis an. Die Geschwulst hat also die beiden Blätter des Parametriums vollständig auseinandergestrichen, hat sie zu ihrem peritonealen Überzug verbraucht, und ist rechts bis an das Colon ascendens, links bis an den Uterus herangewachsen. Da eine Trennung von der Gebärmutter nicht angängig ist, wird dieselbe herausgenommen.

Der Cervixstumpf wird keilförmig incidiert und vernäht. Dann wird an der hinteren und vorderen Cystenwand das Peritoneum an dem Beginn der Basis durchschnitten und der untere Teil der Cyste stumpf herausgeschält. Schluss der Bauchhöhle.

Abends heftige Schmerzen und Durst 3/XI. Patientin bekam Wahnvorstellungen, Angst, Oppressionsgefühl; sie sprang in einem unbewachten Augenblick aus dem Bett und lief umher in den Corridor. Befinden wird schlechter, Schmerzen, Empfindlosigkeit des Abdomens. Agone, Puls unzählbar. Facies hypocratica. Trachealrasseln. Abends Exitus letalis.

Sektion: Peritonitis septica acuta.

57. Fall.

Frau Benthin, 49 Jahr, aus Königsberg.

Im Mai ist dieRegel fortgeblieben. Im August erkrankte Patientin am Magenkatarrh und Brechdurchfall. Beim Aufmerkte stehen sie, dass der Leib dicker geworden. Heftige Leibschmerzen

Diagnose: multiloculäre Ovarialcyste.

Am 2. Dezember 89 Ovariotomie: Schnitt. Adhäsionen der Cyste mit der vorderen Bauchwand. Bei Versuch der Lösung reisst die Cyste ein und es quellen ungeheure Massen gallertigen Inhaltes heraus. Von einer Stelle der Bauchwand links neben der linea alba lässt sich die Cystenwand nur durch Mitnahme des Peritoneums ablösen, sodass ein fast handtellergrosser Bezirk der Rectusmuskeln frei zu Tage liegt. Der Stiel geht vom linken lig. latum aus; derselbe wird unterbunden, dann die Adhäsionen vorn über der Symphyse gelöst. Reinigung der Bauchhöhle. Verschluss.

Erfolg: Heilung.

58. Fall.

Frau Brose, 50 Jahr, aus Prenzlau. Vor 2 Jahren trat die Klimax ein. Im Februar d. J. kam die Regel wieder. Bis zum Oktober sind heftige Schmerzen im Leib aufgetreten. Bedeutendes Wachstum der Geschwulst.

Diagnose: linksseitige Ovarialcyste.

Am 14. Dezember 1889 Ovariotomie: Schnitt. Adhäsionen der Cyste mit dem Netze. Dasselbe wird teils gelöst, teils doppelt unterbunden und durchtrennt. Links ist eine Darmschlinge durch zarte Adhäsionen mit der Cystenwand verklebt. Incision des Tumors; derselbe sitzt an

einem dünnen Stiel, der von dem linken lig. latum ausgeht er ist $1^1/_2$ mal um seine Axe gedreht. Nachdem die Torsion zurückgebracht ist, wird der Stiel unterbunden, dann über dem breiten Mutterband abgetragen. Das rechte Ovarium ist atrophisch. Verschluss.

Erfolg: Heilung.

59. Fall.

Frau Bähring, 48 Jahr, aus Buddenhagen.

Diagnose: Ovarialcyste.

Am 17. Februar 1890 Operation in Narkose: Bauchschnitt. Der Tumor sitzt links vom Uterus, hat glatte Oberfläche; er lässt sich nicht herausziehen, deshalb wird er angestochen. Es quillt eine dicke, breiartige, teils wie Rahm aussehende Flüssigkeit, die auch Haare enthält, heraus. Die Massen werden thunlichst mit Schwämmen entfernt. Darauf wird die Cyste hervorgezogen, ihr fingerdicker Stiel unterbunden, der Tumor abgetrennt. Peritonealnaht. Schluss der Wunde.

27./II. Abnahme des Verbandes. Die Wunde ist gut geheilt. Während des Krankenlagers überstand Patientin eine Pleuritis.

Erfolg: Heilung.

60. Fall.

Frau Kasch, 28 Jahr, aus Wolgast. Wachstum des Abdomens seit vorigem Sommer; in der letzten Zeit beträchtliche Zunahme; seitdem starke Abmagerung.

Diagnose: Rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 20. Februar Ovariotomie: Schnitt in der linea alba. Die Cyste wird entleert. Keine Adhäsionen. Der Stiel geht vom rechten lig. latum aus. Derselbe wird unterbunden, durchtrennt. Die eine Stielhälfte zieht zur rechten Uterusecke, die andere nach rechts zum lig. latum. An derselben liegt retroperitoneal eine wurstartige, weiche Masse, deren Natur nicht eruiert werden kann. Reinigung der Bauchhöhle. Verschluss.

Erfolg: Heilung.

61. Fall.

Frau Lichterfeld, 56 Jahr, aus Alt-Rüdtritz.

Vor 2 Jahren Schwellung im Leibe, die nach und nach zugenommen und seit 14 Tagen gewachsen. Schmerzen.

Diagnose: Rechts multilokuläre Cyste.

Am 5. April 1890 Ovariotomie: Bauchschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich ½ Liter klaren, gelben, freien Bauchwassers. Es erscheint ein Tumor cystischer Natur, an dem vorn und oben an verschiedenen Stellen das Netz lose festgeklebt ist; derselbe lässt sich leicht ablösen. Der Tumor wird herausgewälzt; man findet einen 6 cm langen Stiel, der 3 mal um sich selbst gedreht ist; in ihm verläuft die rechte Tube. Unterbindung und Durchtrennung des Stieles. Schluss der Wunde. Verband.

Erfolg: Heilung.

62. Fall.

Mathilde Brasch, 20 Jahr, aus Waldeck. Im November v. J. Anschwellung des Leibes. In der letzten Zeit Druck nach der Mahlzeit. Stuhl etwas angehalten.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste.

Am 28. April 1890 Operation: Schnitt in der linea alba unter den üblichen antiseptischen Cautelen. Der Tumor ist ein glattwandiger, nirgends adhärent, geht aus von dem rechten Ovarium; er ist also zuerst nach vorn übergekippt beim Wachstum und dann nach links gesunken und hat den Uterus nach rechts gedrängt. Incision. Der fingerbreite Stiel wird unterbunden, vernäht und versenkt. In der Nähe des Stieles rissen die bei der Untersuchung gefühlten harten Massen in der Cyste (Cystenconglomerat.)

Erfolg: Heilung.

63. Fall.

Frau Dieckmann, 47 Jahr, aus Schönfeld. Seit der ersten Geburt (79) Anschwellung des Leibes. Dieselbe hat allmählich zugenommen. Beklemmungen seit 4 Wochen.

Diagnose: Ovarialcyste vom rechten Eierstock ausgehend.

Am 5. Mai 1890 Operation: Schnitt in der linea alba.

Die Operation verlief normal, Stielversenkung. Keine A häsionen.

Erfolg: Heilung.

64. Fall.

Frau Keller, 60 Jahr, aus Lassan. Seit dem 41. Jal Klimax. Seit 1 Jahr Anschwellung des Leibes. Appet losigkeit, Stuhlverstopfung.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste. Am 31. Mai c Ovariotomie: Baden, Darmentleerung, Antisepsis, Narkos

Sublimat wird nur zum Reinigen des Operationsterrai und der Hände vor der Operation gebraucht. Mit d Wunde kommt nur ausgekochtes Wasser in Berührun Schwämme und Tupfer, Irrigator sind nur mit ausgekoc tem Wasser versehen. Es erscheint im Peritoneum ve laufend ein bleistiftdicker Strang, der geschont und b Seite geschoben wird (wahrscheinlich der Urachus). D Cyste ist frei von Adhäsionen, sie wird in toto herausg wälzt; dieselbe hat die Form einer mit der breiten Sei nach rechts liegenden Rinne. Sie ist gestielt, breit, ab dünn und bandartig. Der Stiel wird in 4 Partien unte bunden; derselbe wird vom rechten lig. latum gebildet u nach links von der abgehobenen Serosa des Uterus. Schlus des Peritoneums durch fortlaufende Catgutnaht, der Bauc decken durch oberflächliche und tiefgreifende Seidenknop nähte.

Erfolg: Heilung.

Ueberblicken wir zunächst die Erfolge der vom Her Geh. Med.-Rat Prof. Pernice ausgeführten Ovariotomiee so ergiebt sich, dass unter 64 Operationen in 58 Fälle Heilung erzielt wurde. 5 Kranke starben an Peritonit septica. Bei der einen Patientin (Fall 3) ergab die Sektic zugleich Lebercarcinom, beginnendes Carcinom des corpu uteri; bei einer andern (Fall 14) wurden 4 Gallensteine g funden und die Autopsie liess erkennen, dass eine gross Nachblutung eingetreten war. Eine Patientin (Fall 45) gin an Collapserscheinungen sofort nach der Operation zu Grund

Die bei weitem häufigste Todesursache bei den Ovarotomieen ist die septische Peritonitis; das Schicksal der Operierten ist im Wesentlichen von dem Eintreten oder Ausbleiben derselben abhängig.

Ausserdem kommen noch vor: Pyämie, Parotitis, Ileus, Tetanus, Hämorrhagien, Darmocclusion, Nachblutungen etc., Veranlassungen, welche direkt auf die Operation zurückgeführt werden müssen; es treten aber zuweilen letale Ausgänge ein, deren Zusammenhang mit der Ovariotomie als solcher nur ein unmittelbarer ist.

Es sind dies Erkrankungen der Herzmuskulatur: die fettige Degeneration und die braune Atrophie, die in nicht seltenen Fällen den Tod an Herzschwäche bedingen (Hofmeier); ferner Todesfälle durch Skok und Embolie der Lungenarterien, hervorgerufen durch Fortschwemmung von Thromben aus den Abdominalgefässen.

Spencer Wells hat in seinem Werke die Todesursachen bei den Ovariotomieen zusammengestellt. Nach ihm boten letale Ausgänge infolge der Operation ein bei: Septicaemia, peritonitis, exhaustion, clot in heart and pulmonary artery, clot in cerebral sinuses, pulmonary embolism, cardiac embolism, pneumonic congestion and embolism, congestion of lungs, pneumonia, pyaemic fever, hyperpyrexcia.

Wie schon oben erwähnt, traten 6 Todesfälle ein von den 64 Operierten. Ausserdem hatten 5 Geschwülste malignen Charakter; ein Carcinoma ovarii wurde entfernt und die Patientin vollkommen geheilt. Bei 2 Kranken wurde die Laparotomie gemacht, von der Entfernung des betreffenden Tumors musste aber Abstand genommen werden, weil sich derselbe als bösartig herausstellte und kolossale Verwachsungen mit den Nachbarorganen eingetreten waren. Bei einem Falle fand sich ein Ovarialkystom mit Extrauterinschwangerschaft zusammen vor. Bei einer andern Patientin wurde eine Ovarialcyste, verbunden mit

Graviditas, diagnosticiert. Hier fand die Ovariotomie statt; dieselbe verlief glücklich; am 20. Tage nach der Operation trat Abort ein, es wurde ein foetus im 3. Monat ausgestossen. Dermoidcysten wurden 9 operiert. — Das Alter der Operierten verhält sich folgendermassen:

Im Alter von

Jahr			Kranke
10—15	wurden	operiert	1
15—20	„	„	1
20—25	„	„	10
25—30	„	„	8
30— 35	„	„	9
35—40	„	„	6
40—45	„	„	10
45—50	„	„	5
50—55	„	„	7
55—60	„	„	3
60—64	„	„	4

Von diesen Patientinnen waren 20 unverheiratet.

Rechnen wir von unseren operierten Kranken 2 Fälle ab, in denen wir uns von der Operation einen Erfolg nicht versprachen, so haben wir das befriedigende Gefühl, ein überaus günstiges Resultat erreicht zu haben. Zeigt doch eine Zusammenstellung anderer berühmter Gynäkologen, dass bei den Ovariotomieen die Mortalität sich bis auf 23,2 % beliefe:

Wells	1000	Operationen mit	232	Todesfällen.
Keith	381	„ „	41	„
Koeberlé	306	„ „	75	„
Thornton	423	„ „	40	„
Tait	405	„ „	33	„
Olshausen	293	„ „	27	„
Schroeder	658	„ „	83	„
Martin	208	„ „	18	„

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir vergönnt, dem Chef der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, Herrn Geh. Medicinal Rat Prof. Dr. Pernice für die gütige Ueberweisung des Themas, als auch für die freundliche Förderung bei der Bearbeitung desselben, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Waldeyer, Archiv für Gynäkologie.
Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
1.	31. März 1885	Sophie B., 28 Jahr, aus Horst. Unverheiratet.	Seit 3 Jahren	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 20 Tagen	
2.	21. April 1885	Frau R., 42 Jahr, aus Schneidemühl. Verheiratet. 5 Geburten	Seit 3 Jahren	Rechtsseitge einkammerige Cyste u. linksseit. Cyste	Kystoma ovarii dextri et sinistri	Genesung nach 45 Tagen	
3.	6. Juni 1885	Frau H., 42 Jahr, aus Swinemünde. Verheiratet. 1 Geburt.	Seit 11 Monaten	Rechtsseitige Cyste	Kystoma ovarii dextri et sinistri	Tod nach 2 Tagen	
4.	28. Juni 1885	Frau Bl. 35 Jahr, aus Horst. Verheiratet. 3 Geburten	Seit 3 Jahren	Linksseitiger beweglicher Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 20 Tagen	
5.	14. September 1885	Frau Fr. 54 Jahr, aus Grammendorf. Verheiratet. 8 Geburten	Seit 10 Monaten	Multilokuläres rechts- und linksseit. Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 32 Tagen	
6.	2. November 1885	Frau G., 38 Jahr, aus Greifswald. Verheiratet. 13 Geburten	Seit 5 Jahren	Linksseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 30 Tagen	
7.	13. December 1885	Wilhelmine Br., 14 Jahr, aus Heinrichswalde.	Seit 9 Monaten	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri multiloculare	Genesung nach 17 Tagen	

8	25. Januar 1886	Luise G., 38 Jahr, aus Pasewalk. Unverheiratet.	Unbestimmt	Uniloculäre Cyste	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 30 Tagen	
9	21. Februar 1886	Frau W., 35 Jahr, aus Strassburg. Verheiratet. 1 Geburt	Seit 4 Monaten	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 30 Tagen	
10	1. März 1886	Emilie J., 18 Jahr, aus Pasewalk. Unverheiratet.	Seit 6 Monaten	Ovarialtumor	Kystoma ovarii dexrti	Genesung nach 27 Tagen	
11	15. März 1886	Frau M., 46 Jahr, aus Dievenow. Verheiratet. 6 Geburten	Seit 2 Jahren	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Tod nach 24 Tagen	Obduction: Ausgedehnte Verwachsungen des Darmes. Chron. Peritonitis. Im Rectum mehrere Geschwüre.
12	10. Mai 1886	Frau D., 42 Jahr, aus Steinhagen. Verheiratet.	Unbestimmt	Ovarialcyste	Kystoma ovarii	Genesung nach 23 Tagen	Colostrum in den Brüsten. Pigmentierung der Linea alba. Uterus leer.
13	23. Mal 1886	Frau E., 51 Jahr, aus Greifswald. Verheiratet, 2 Geburten	Seit 2 Jahren	Ovarialcyste	Dermoidcyste mit 4—5facher Torsion des Stieles	Genesung nach 27 Tagen	Patientin ist kräftig gebaut (250 Pfd.). Nabelbruch von 5 Markstückgrösse.
14	30. Mai 1886	Frau A., 50 Jahr, aus Demmin. Verheiratet, 8 Geburten und 3 Aborte	Seit 2 Jahren	Linksseitige Geschwulst	Kystoma ovarii sinistri	Tod	Sektion ergab: Starke Nachblutung. Im Darm eine Menge Galle. 4 Gallensteine.
15	10. September 1886	Frau D., 33 Jahr, aus Gartz a/Rügen. Verheiratet.	Seit 9 Monaten	Doppelseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 18 Tagen	Zahlreiche Adhäsionen. Stielversenkung.

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
16	20. September 1886	Frau Sch., 46 Jahr, aus Iven. Verheiratet, 7 Geburten und 3 Aborte	Seit Herbst 1885	Uniloculäre Cyste	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 19 Tagen	
17	25. Oktober 1886	Frau V., 32 Jahr, aus Altenhagen. Verheiratet	Seit Herbst 1885	Rechtsseitige Ovarialgeschwulst.	Carcinoma ovarii	Genesung nach 20 Tagen	
18	3. November 1886	Minna E., 22 Jahr, aus Ückeritz. Unverheiratet	Seit Weihnachten 1885	Linksseitiger Tumor	Kystoma ovarii sinistri multiloculare	Genesung nach 26 Tagen	
19	19. November 1886	Frau B., 42 Jahr, aus Greifswald. Verheiratet, 4 Geburten	Seit 1 Monat	Linksseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri dermoides	Genesung nach 18 Tagen	
20	15. Dezember 1886	Frau Kn., 27 Jahr, aus Greifswald. Verheiratet, 5 Geburten	Seit 8 Wochen	Linksseitiger Tumor	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 10 Tagen	Im August 1886 wurde bei der Patientin zur Heilung eines Prolapses die Kolporraphia anterior et posterior gemacht.
21	3. Februar 1887	Ida T., 20 Jahr, aus Friedland. Unverheiratet	Seit $2^1/_4$ Jahren	Parovarialcyste	Kystoma parovarii sinistri	Genesung nach 19 Tagen	
22	18. März 1887	Frau Br., 37 Jahr, aus Gützkow. Verheiratet	Unbestimmt	Tumor im Abdomen	Carcinoma ovarii	Ungeheilt entl. nach 12 Tagen	Von der Entfernung d. Tumors wurde wegen seiner Bösartigkeit Abstand genommen.

23	15. Juni 1887	Wilhelmine K., 30 Jahr, aus Hagen. Unverheiratet	Seit 6 Jahren	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri dermoides	Genesung nach 14 Tagen	
24	29. Juni 1887	Pauline Th., 35 Jahr, aus Gützkow. Unverheiratet	Seit Ostern 1886	Ovarialtumor links. Hysterie	Kystoma parovarii sinistri	Genesung nach 29 Tagen.	Das linke Ovarium und die linke Tube wurden mit entfernt.
25	20. Juli 1887	Frau O., 24 Jahr, aus Gross-Schönwalde Verheiratet. Graviditas im 3. Monat	Seit 1 Jahr	Linker Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri dermoides	Genesung nach 26 Tagen.	Am 20. Tage nach der Operation trat Abort ein.
26	15. August 1887	Frau L., 27 Jahr, aus Velgast. Verheiratet	Seit 14 Tagen	Linker fluktuierender Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri dermoides	Genesung nach 52 Tagen.	Intraligmentärer Sitz der Cyste
27	22. September 1887	Frau D., 30 Jahr, aus Kaseburg Verheiratet. 1 Geburt	Seit 10 Monaten	Ovarialtumor rechts	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 30 Tagen.	
28	27. November 1887	Frl. B., 43 Jahr, aus Greifswald. Ledig	Seit 2 Jahren	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri dermoides	Genesung nach 18 Tagen.	Am 13. Januar 1880 Ovariotomie wegen linksseitigen Ovarialdermoids.
29	2. December 1887	Friederike H., 64 Jahr, aus Greifswald. Ledig. (Virgo)	Seit mehreren Jahren	Rechtsseitiges Ovarialkystom	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 27 Tagen.	
30	7. December 1887	Emilie R., 23 Jahr, aus Gross-Mantel, Ledig	Seit 3 Monaten	Rechtsseitige Geschwulst	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 21 Tagen.	

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
31	15. Januar 1888	Albertine Z., 20 Jahr, aus Schlawin. Ledig.	Seit 5 Jahren	Rechtsseitiger Tumor	Kystoma parovarii dextri	Genesung nach 23 Tagen.	Es trat während der Operation Chloroformasphyxie ein. Wiederbelebungsversuche waren erfolgreich.
32	29. Januar 1888	Friederike M., 23 Jahr, aus Helpt. Ledig.	Seit 3 Jahren	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma parovarii sinistri. Intraligmentärer Sitz derselben	Tod nach 4 Tagen.	Allgemeine adhäsive Peritonitis.
33	6. Februar 1888	Frau J., 41 Jahr, aus Freetz. Verheiratet	Seit 5 Jahren	Linksseitig. Cyste	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 20 Tagen.	
34	21. April 1888	Frau H., 36 Jahr, aus Wieck a Rügen. Verheiratet	Seit 4 Monaten	mehrseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 31 Tagen.	
35	5. April 1888	Frau K., 61 Jahr, aus Friedland. Verheiratet. 4 Geburten	Seit 10 Jahren	Linksseitiger Ovarialtumor	Kystoma avarii sinistri	Genesung in 48 Tagen.	
36	9. Juni 1888	Frl. Schm., 55 Jahr, aus Gülzow Ledig	Unbestimmt	Doppelseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii utriusque	Genesung nach 69 Tagen.	
37	23. Juni 1888	Frau Pastor J., 58 Jahr, aus Tribsees	Seit 3 Jahren	Linksseitiger Ovarialtumor	Kystoma-Adenoma myxomatodes ovarii sinistri. Hydrops ascites	Genesung nach 25 Tagen.	Von der chirurgischen Klinik überwiesen.

38	14. September 1888	Frau B., 35 Jahr, aus Rehwinkel, Verheiratet	Seit Herbst 1887	Rechtsseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma ovarii dextri multiloculare	Genesung nach 16 Tagen.	
39	9. October 1888	Alwine F. aus Greifswald. Ledig.	Unbestimmt	Linksseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma ovarii sinistri	Geheilt nach 25 Tagen.	Abends vorher Auskochen der Insrumente in Aq. destill.; des Nachts liegen sie in Alcoh. absol. Morgens Abbrennen derselben.
40	16. November 1888	Frau B., 40 Jahr, aus Swinemünde Verheiratet.	Unbestimmt	Linksseitige Geschwulst im Abdomen	Kystoma tubae sinistrae	Genesung nach 24 Tagen.	Vorfallen von Darmschlingen.
41	3. Dezember 1888	Anna B., 24 Jahr, aus Wittstock b. Borkenfriede. Ledig	Seit 5 Monaten	Linksseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma ovarii sinistri	Genesung nach 20 Tagen.	
42	12. Dezember 1888	Frau G., 34 Jahr, aus Demmin Verheiratet. Nie geboren	Seit 6 Monaten	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri dermoides.	Tod.	Collapserscheinungen nach der Operation.
43	11. Januar 1889	Frau G., 38 Jahr, aus Stralsund. Verheiratet	Seit 7 Wochen	Rechtsseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma ovarii dextri	Genesung in 20 Tagen	
44	27. Januer 1889	Frau Sch., 36 Jahr, aus Neu-Lendershagen b. Richtenberg. Verheiratet, 8 Geburten, darunter 3 Querlagen	Seit Weihnachten 1888	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma parovarii dextri. Graviditas extrauterina	Heilung nach 36 Tagen	Laparatomie, Ovariotomie, und Exstirpation des Extrauterinschwangerschaftstumor.
45	23. Februar 1889	Frau P., 53 Jahr, aus Demmin. Verheiratet.	Unbestimmt	Rechtsseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma parovarii dextri	Heilung nach 25 Tagen	Stielversenkung.

Nummer.	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
46	1. März 1889	Frau St., 31 Jahr, aus Notzkow. Verheiratet	Seit 1 Jahr	Rechtsseitige Ovarial-geschwulst	Kystoma ovarii dextri dermoides. Retroflexio uteri	Heilung nach 22 Tagen	Einmalige Umdrehung des Stieles um seine Axe.
47	4. März 1889	Frau Schr., 44 Jahr, aus Stralsund. Verheiratet	Un-bestimmt	Rechtsseitige Cyste	Kystoma ovarii dextri	Genesung nach 20 Tagen	Zahlreiche Adhäsionen.
48	20. März 1889	Frau L., 23 Jahr, aus Wolgast. Verheiratet. Nie geboren	Seit 1 Jahr	Dermoidcyste, adhärent dem Uterus	Sarkoma ovarii	Ungeheilt entlassen nach 20 Tagen	Der Tumor wurde als ein bösartiger erkannt und wegen der starken Verwachsungen von der Entfernung desselben Abstand genommen.
49	5. Mai 1889	Frau V., 23 Jahr, aus Klarenwerder. Verheiratet. 3 Geburten	Seit 1 Jahr	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri dermoides	Heilung nach 18 Tagen	
50	8. Mai 1889	Emilie M., 26 Jahr, aus Peest b. Schlawe. Ledig	Seit Weih-nachten 1887	Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Heilung nach 19 Tagen	
51	17. Juli 1889	Anna L., 26 Jahr, aus Demmin. Ledig.	Seit Kindheit	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri	Heilung nach 22 Tagen	
52	3. August 1889	Frau Pr., 56 Jahr, aus Zingst	Seit 1 Monat	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma parovarii dextri. (Carcinoma corposis uteri ?) Retroflexio uteri	Heilung nach 10 Tagen	

53	20. August 1889	Frau B., 27 Jahr, aus Wotenick. Verheiratet	Seit $^1/_2$ Jahr	Doppelseitiger Ovarialtumor	Cystocarcinoma ovarii duplex	14/IX. entlassen	Die Geschwülste wurden als bösartig erkannt und wegen ihrer gefährlichen Sitze auf eine operative Entfernung verzichtet.
54	9. September 1889	Frau M., 61 Jahr, aus Neu-Kenzlin. Verheiratet	Unbestimmt	Multilokuläre Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri multiloculare	Heilung nach 21 Tagen	Das ungeheure Kystom wog 7075 gr.
55	23. October 1889	Frau B., 27 Jahr, aus Greifswald. Verheiratet	Seit 5 Jahren	Linksseitiger Ovarialtumor	Kystoma ovarii sinistri	Heilung nach 18 Tagen	
56	26. November 1889	Frau B., 55 Jahr, aus Garz. Verheiratet	Seit 4 Jahren	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Tod	Kolossale Verwachsungen. Exstirpation der Gebärmutter. Peritonitis septica acuta.
57	2. Dezember 1889	Frau B, 49 Jahr, aus Klingenberg. Verheirathet	Seit 4 Monaten	Multilokuläre Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri multiloculare	Heilung nach 19 Tagen	Adhäsionen.
58	14. Dezember 1889	Frau Br., 50 Jahr, aus Prenzlau. Verheiratet	Seit 10 Monaten	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri	Heilung nach 21 Tagen	Der Stiel war $1^1/_2$ mal um seine Axe gedreht.
59	17. Februar 1890	Frau B., 41 Jahr, aus Buddenhagen. Verheiratet	Unbestimmt	Ovarialcyste	Kystoma ovarii sinistri dermoides	Genesung nach 30 Tagen	Während des Krankenlagers überstand Patientin eine Pleuritis.
60	20. Februar 1890	Frau K., 28 Jahr, aus Wolgast. Verheiratet	Seit 7 Monaten	Rechtsseitige Ovarialgeschwulst	Kystoma ovarii dextri	Heilung nach 21 Tagen	

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
61	5. April 1890	Frau L., 56 Jahr, aus Alt-Lüderitz. Verheiratet	Seit 2 Jahren	Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri multiloculare	Heilung nach 21 Tagen	Der Stiel war 3mal um seine Axe gedreht.
62	28. April 1890	Mathilde Br., 20 Jahr, aus Waldeck, Ledig	Seit 5 Monaten	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Heilung nach 17 Tagen	
63	5. Mai 1890	Frau D., 47 Jahr, aus Schönfeld. Verheiratet	Seit der ersten Geburt 1879 Anschwellung des Leibes	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma parovarii dextri	Genesung nach 20 Tagen	
64	31. Mai 1890	Frau K., 60 Jahr, aus Lassan. Verheiratet	Seit 1 Jahr	Rechtsseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii dextri	Heilung nach 16 Tagen	Mit der Wunde kommt nur ausgekochtes Wasser in Berührung. Sublimat wird nur zum Reinigen des Operationsterrains und der Hände gebraucht.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Ernst Johannes Klomp, wurde am 8. November 1866 als der Sohn des Lehrers Johann Klomp und seiner Ehefrau Marie, geb. Dummert zu Lobsens, Provinz Posen, geboren. Den ersten Unterricht erhielt er bei seinem Vater. Als letzterer 1878 als Kgl. Unteroffizierschullehrer nach Ettlingen in Baden versetzt wurde, besuchte Verfasser daselbst die Grossherzogl. Höhere Bürgerschule. Von Untertertia an war er Schüler des Gymnasiums zu Karlsruhe, wo er am 16. Juli 1886 das Abiturientenexamen bestand.

Am 28. Oktober 1886 liess er sich in Greifswald immatrikulieren und in das Album der medicinischen Fakultät eintragen. Am 6. August 1889 bestand er vor der Prüfungskommission zu Greifswald die ärztliche Vorprüfung.

Darauf bezog Verfasser die Königl. Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin und blieb hier bis 1890. Im Sommer-Semester 1890 ging er nach Greifswald zurück; am 11. Februar bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hat Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten gehört:

In Greifswald:

J. Budge †, Holtz, Müller, Landois, Limpricht, Schmitz, Solger, Sommer.

In Berlin:

Bardeleben, von Bergmann, du Bois-Reymond, Fräntzel, Gerhard, Gurlt, Gusserow, Henoch, Küster, Lassar, Lewin, Leyden, Liebreich, Martius, Mendel, v. Noorden, Olshausen, Preyer, Rose, Schweninger, Virchow, Walderey.

In Greifswald:

Arndt, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus. Zu besonderem Danke verpflichtet ist er dem Herrn Geh. Medicinal-Rath Prof. Dr. Mosler, an dessen Klinik er die Stelle eines Volontairarztes bekleiden durfte, sowie Herrn Prof. Heidenhain, an dessen chirurgischer Poliklinik er die Stelle eines Coassistenten verwaltete.

Thesen.

I.

Tritt zu Ovarientumoren Schwangerschaft hinzu, so ist ein exspectatives Verhalten nicht zu verantworten. Die Vornahme der Ovariotomie womöglich in den ersten Monaten der Gravidität ist das allein richtige.

II.

Bei lebensgefährlichen, durch andere Mittel nicht zu stillenden Blutungen aus runden Magengeschwüren, sowie bei Perforation eines ulcus rotundum in die Bauchhöhle, ist es indiciert, die Gastrectomie vorzunehmen.

III.

Die heutige Einrichtung unserer Eisenbahnkoupees begünstigt entschieden die Übertragung von Infektionskrankheiten, besonders der Tuberculose. Es ist daher dringend eine hygienische Überwachung notwendig.